Nr 37 — 11 września 1938 — Rok XVII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE

Doc. dr Tadeusz BILIKIEWICZ — Kocborowo

Struktura psychologiczna nerwicy jako zagadnienie patogenetyczne

Odczyt wygłoszony w dniu 12 maja 1938 r. w Towarzystwie Lekarskim w Toruniu

Nie ma bodaj — poza zagadnieniem patogenezy nerwic — drugiej dziedziny nauk lekarskich, gdzieby z większą jaskrawością dawał się we znaki odwieczny spór materializmu ze spirytualizmem. Teorie patogenezy nerwic wyrastały i nadal wyrastają nie z empirii klinicznej, lecz z apriorycznego nastawienia filozoficznego badaczy, skłaniających się czy to ku dogmatyzmowi materialistycznemu, czy spirytualistycznemu. Tą drogą powstały dwa nieprzejednane obozy, skupione w około haseł patogenezy nerwic somatycznej lub psychicznej.

Wiara w słuszność tej czy owej doktryny filozoficznej przesądza zazwyczaj z góry o wynikach badań. Spostrzega się bowiem przede wszystkim to, na co się ma zwróconą uwagę. Uwaga zaś podlega nastawieniu emocjonalnemu badacza. Tak trzeba wyjaśnić, iż jedni w nerwicy nie widzą nic prócz cielesnych zaburzeń, drudzy zaś za jedynego sprawcę uważają czynnik psychiczny.

Trzeba otwarcie powiedzieć, że szereg momentów dogadza zwolennikom somatogenezy nerwic. W naszych studiach lekarskich zbyt mało jeszcze uwzględnia się psychologii. Młody lekarz, opuszczający mury uniwersytetu, jest pod wrażeniem olbrzymich zdobyczy, jakimi pochlubić się mogą takie, czy inne, metody somatyczne. Nie ulega wątpliwości, że materializm, jako metoda heurystyczna, był bardzo płodny w dziejach nauki. Z drugiej strony nie ma się co dziwić, że wyskoki medycyny romantycznej pozostawiły trwały niesmak w umysłach lubujących się w ścisłości naukowej. Nastawienie antypsychologiczne pewnych badaczy wypływa po prostu z obawy, by porzucenie materializmu, jako podstawy metodologicznej, nie popchnęło nauki znowu na bezdroża romantyzmu. Innych badaczy nerwic odstraszyło znowu przesadne teoretyzowanie freudyzmu, a zwłaszcza wybujałości psychoanalitycznego panseksualizmu. Zaznaczyć tu jednak trzeba, że panseksualizm był właściwie również wynikiem materialistycznego światopoglądu. Wreszcie nie od rzeczy będzie wspomnieć, że to, co cielesne jest uchwytniejsze, bardziej naoczne i łatwiejsze do przestudiowania, podczas gdy zjawiska psychologiczne pod wielu względami są dziedziną niewdzięczną.

„Badacze, którzy ideał naukowości widzą w ścisłości matematycznej, w pracy laboratoryjnej, eksperymentalnej itd., patrzą na psychologię introspekcyjną z pewnym politowaniem. W praktyce wygląda to tak, iż psychologię oraz psychopatologię traktują po prostu jako dział neurologii. Chory na nerwicę w ich ujęciu jest kłębkiem nerwów. Co ten kłębek nerwów czuje, myśli, co przeżył, to jest rzecz drugorzędna, to tylko epifenomeny procesów fizjologiczno-chemicznych w korze mózgowej. Rzecz jasna, że z tego stanowiska wszystko co się nie da określić jako zakłócenie czynności odruchowych, wegetatywnych, hormonalnych, ogólno-internistycznych — to wszystko musi pozostać niezbadane i niezrozumiałe.

A przecież wystarczy rzucić okiem na dzieje nowoczesnej nauki o nerwicach, by zrozumieć, że jeśli o tym trudnym zagadnieniu coś niecoś dzisiaj wiemy, to nie tyle dzięki badaniom somatycznym, przeprowadzanym metodami laboratoryjno-klinicznymi, co głównie dzięki temu, że niedoceniana, pogardzana, niby nienaukowa psychologia — i to nie psychologia doświadczalna, lecz psychologia introspekcyjna — sprzęgła się w najściślejszą współpracę z naukami lekarskimi. Introspekcja psychologiczna — nie *status neurologicus* — dała nam zrozumienie istoty nerwicy. Introspekcja psychologiczna stała się też podstawą klasyfikacji patogenetycznej nerwic. Ona to bowiem dała nam wejrzenie w najzawilsze szczegóły strukturalno-genetyczne nerwicy. Zwłaszcza nowocześniejsze kierunki psychoanalizy, oczyszczone z mechanistycznych i panseksualistycznych naleciałości ortodoksyjnego freudyzmu, pozwoliły nam dzisiaj wejrzeć w patogenezę i strukturę nerwicy.

Nie trzeba przypuszczać, by tradycyjny *status neurologicus* miał dzięki wtargnięciu psychologii introspekcyjnej stracić swe znaczenie. Stracił on tylko — że się tak wyrażę — swą swoistość. Nie lekceważymy dzisiaj bynajmniej podłoża neuropatycznego, uwitego z pierwiastków dziedzicznych i wrodzonych. Twierdzimy tylko, że to samo podłoże spotkać można zarówno u osobników uchodzących za zdrowych, jak i u chorych najrozmaitszych innych specjalności, z psychotykami na czele. Nie lekceważymy tym bardziej osobniczych zaburzeń wegetatywnych, których obecność niewątpliwie sprzyja powstaniu nerwicy. Z doświadczenia klinicznego wiemy atoli, że dyskrazje hormonalne, nierównowaga układu sympatycznego, czy parasympatycznego, zaburzenia czynności odruchowych wyższego, czy niższego rzędu, awitaminozy itd. — nie są niczym swoistym dla nerwicy. Ten sam *status neurologicus* zwykliśmy znajdować u psychotyków, np. w schizofrenii, tenże sam obraz kliniczny można czasem wykryć u człowieka niby zdrowego. Odrębność nerwicy, jako jednostki chorobowej, nie leży w płaszczyźnie neurologicznej, aczkolwiek w terapii nie wolno nam tej płaszczyzny pominąć. Któż zresztą potrafi powiedzieć, ile czynnika psychoterapeutycznego mieści się w wynikach leczniczych, osiągniętych metodami neurologiczno-internistycznymi.

Toteż w niniejszym odczycie pragnąłbym właśnie zestawić choćby pobieżnie korzyści, jakie wypływają dla nauki o nerwicach z badań psychologii introspekcyjnej. Struktura nerwicy — jest to bowiem pojęcie czysto psychologiczne. Odtwarzamy sobie strukturę nerwicy, wgłębiając się jak najdokładniej w świat obecnych i dawnych przeżyć psychicznych chorego, analizując je i wysnuwając z tej analizy wnioski, dające nam zrozumienie podświadomych mechanizmów psychogenetycznych nerwicy. Przez strukturę psychologiczną nerwicy rozumiemy zespół czynników logiczno-emocjonalnych wiążących objawy z ich przyczynami lub pobudkami psychicznymi. Konstytucja neuropatyczna wespół z czynnikami etiologicznymi natury wegetatywnej nie należy więc do tego rodzaju rozważań. Zajmuje nas tu tylko psychologia nerwicy. Ona to daje nam, a zarazem i choremu, zrozumienie struktury. Już z samego faktu, iż trzeba dla poznania struktury nerwicowej żmudnych badań analitycznych i syntetycznych, wynika, że tworzy się ona bez świadomej wiedzy chorego. Dopiero w toku badań analitycznych i dzięki nim chory uświadamia sobie związek i zależność genetyczną objawów z pewnymi przeżyciami psychicznymi. Praca nad psychologicznym wyświetleniem struktury daje nam równocześnie wejrzenie w patogenezę objawów nerwicowych. Wyobrażając sobie strukturę, mamy w wyobraźni obraz nerwicy statyczny, niejako w przekroju. Ale gdy pamiętamy o dziejach powstania każdego objawu, to wówczas mamy obraz nie statyczny, lecz dynamiczny. Rozumiemy wówczas patogenezę każdego objawu.

Najbardziej rzucającą się w oczy częścią struktury nerwicowej jest tzw. symbolika objawów. Do zrozumienia jej wymowy zmierzają wszystkie wysiłki nowoczesnej psychoanalizy. Podam tu garść zwięzłych przykładów dla pokazania, iż objawy nerwicy stają się dopiero wówczas zrozumiałe, gdy przyłożyć do nich miarę psychologiczną.

I tak, nerwice przebiegające z depresją, pragnieniami śmierci, myślami samobójczymi aż do tanatofilii włącznie, lub na odwrót z lękiem przed śmiercią w warunkach, które normalnemu człowiekowi bynajmniej nie wydają się niebezpieczne — zdradzają strukturę osnutą w około tematów śmierci. Wyrażone w symbolice objawów pragnienie śmierci może być rozmaitego pochodzenia. Może wypływać np. z wyrzutów sumienia z powodu żywionych kiedyś przeciw komuś złych życzeń. Pragnienie śmierci lub lęk przed śmiercią bywa w tych wypadkach symboliczną dążnością do zadośćuczynienia moralnego. Czasem depresywne pragnienia śmierci mogą wyrażać chęć połączenia się z jakimś ukochanym zmarłym na tamtym świecie. Lubowanie się własną śmiercią, tzw. tanatofilia może kojarzyć się ze spaczonym popędem płciowym o charakterze masochizmu. U pewnego

homoseksualisty, wykazującego wybitną tanatofilię, cała struktura bardzo zawiłej nerwicy wywodziła się z 5 roku życia, gdy chory stracił matkę. Lubowanie się własną śmiercią było wyrazem pozagrobowego łączenia się z ukochaną matką, na której pamiątkę dziecko uczyniło ślub czystości. Homoseksualizm stanowił tu ujście dla popędów płciowych, które w tej formie nie uwłaczały pamięci matki.

Tematy śmierci pojawiają się w symbolice objawów bardzo często pod postacią lęku. Nerwice lękowe wykazują zresztą daleko zawilszą strukturę, chociażby dlatego, iż pojęcie śmierci jest w życiu człowieka bardzo rozciągliwe. Wszystko co zbliża ku śmierci, co stanowi jej zapowiedź, co ogranicza ekspansję osobnika w walce o byt, wszystko to w pewnym sensie jest częściową śmiercią. Normalnie lęk stanowi sygnał grożącego niebezpieczeństwa. W fobii pojawiają się lęki w sytuacjach, które zdrowemu człowiekowi nie nasuwają obaw. Po zbadaniu danej sytuacji lękotwórczej możemy jednak zawsze odczytać symbolikę śmierci. Ponieważ np. za symbole życia pozagrobowego i śmierci uchodzi kolor czarny i noc, przeto lęki nerwicowe w tych wypadkach przybierają postać nyktofobii, melanofobii itp. W strukturze tego rodzaju nerwic odnajdujemy zawsze przeżycia, które pozostawiły po sobie poczucie winy z lękiem przed karą. Dla pierwotnego myślenia magicznego (Borowiecki) kara śmierci kryje się w byle przewinie. Grozi ona zazwyczaj pod postacią równoważnika winy. Dlatego to w symbolice objawów nie wystarcza odczytanie samego momentu śmierci. Trzeba ponadto ustalić, dlaczego to lęk przed śmiercią występuje właśnie w takich a nie innych okolicznościach. Dłuższe badania pozwoliły ustalić, że częstokroć grzechy natury płciowej, kazirodztwo, wiarołomstwo, zgwałcenie, stosunki zboczone itp. bywają punktem wyjścia konfliktów chorobotwórczych i odzwierciedlają się w symbolice objawów.

Takie bywa pochodzenie dość rozpowszechnionej nozofobii, lęku przed chorobami, głównie zaraźliwymi. Np. lęk przed gruźlicą, tzw. ftyzeofobia na pierwszy rzut oka pozwala rozpoznać tematy śmierci w strukturze tej interesującej nerwicy. Lęk u tych chorych budzi się na widok osobników pomawianych o gruźlicę, chudych, o cerze wyżółkłej, przypominającej trupa. Trupie cechy jeszcze wyraźniej występują w snach tych ludzi. Warto tu jednak podnieść, że w tejże samej symbolice, podobnie jak i w objawach syfilidofobii lub mizofobii, jeszcze inna kryje się myśl. Lęk przed zarażeniem, przed przeniesieniem zarazków choroby, przed powalaniem się niewidzialnymi brudami czy miazmatami wyraża również symbolicznie lęk przed zapłodnieniem, jako że proces ten także polega na przeniesieniu się z jednego osobnika na drugiego pewnego jakoby *contagium*. Lęk przed suchotami jest tu szczególnie wymowny. Suchotnik wypluwa zaraźliwą plwocinę. Czynność ta symbolizuje ejakulację, a plemniki zdolne są niby prątki wywołać ciążę-chorobę. Znany mi jest przypadek *graviditas imaginaria* u 15-letniej dziewczynki, u której rzekome zapłodnienie nastąpiło na wzór zarażenia się, wskutek tego, iż siadła ona na fotelu, na którym przed chwilą siedział mężczyzna. Ponieważ lęki tego rodzaju wyrastają zawsze na podłożu prawdziwej czy urojonej winy, przeto w strukturze takiej nerwicy odnaleźć można równocześnie symboliczny wyraz dążności do zmazania tej winy, do zapobiegnięcia ponownemu upadkowi, do uniewinnienia się. Dlatego mizo- lub nozofobia w nerwicy natręctw łączy się tak często z natręctwem ruchowym mycia rąk, wyrażającym nie tylko lęk przed powalaniem się, ale zarazem i symboliczne, piłatowskie zmywanie winy ze swych rąk.

W przypadkach tych popęd płciowy krzyżuje się z groźbą śmierci. Chodzić tu np. może o stłumione życzenia śmierci przeciw gwałcicielowi, o popędy płodo- i dzieciobójcze, o jakiś konflikt, którego wynikiem musiał być przymus samobójstwa itp. Struktura takiej fobii wyrażać może symbolicznie całe zespoły przeżyć. Pewien chory wykazywał uporczywy i z biegiem lat wzmagający się lęk przed wejściem na most, która to fobia pojawiła się w związku z tym, iż żona chorego po ciężkim porodzie wykazywała objawy zarośnięcia pochwy, aż do uniemożliwienia *coitus* (tzw. gefirofobia).

Nerwicowe spaczenie instynktu samozachowawczego, wskutek wciągnięcia tych energij w służbę innych popędów, występować może np. pod postacią aichmofobii, czyli lęku przed ostrymi narzędziami, lub keraunofobii, czyli lęku przed piorunami. Nie trudno odkryć, iż chorzy tego typu lękają się zranienia lub śmierci. Jeśli jednakże analizujemy głębiej dany przypadek, to zwykle udaje się nam odkryć wstrząsające przeżycia w przeszłości chorego, których afektywna strona powtarza się w symbolice objawów nerwicowych. Ostre narzędzia, wywołujące lęk, stanowią tu symbol męskiego członka, a cała fobia może oznaczać lęk przed defloracją lub przed porodem, lub u homoseksualistów może budzić refleksje, zahaczające o stłumione przeżycia płciowe. W tych wypadkach podświadome poczucie winy wyraża się oczekiwaniem kary. Kara śmierci musiałaby spaść na grzesznika w warunkach, które się kojarzą z okolicznościami grzechu. Nasuwają się tu bardzo pouczające wnioski porównawcze z teorią tzw. emocjonalnej pamięci, wysnutą z badań onejrologicznych przez Schmida (1937). Badacz ten zauważył, że przebieg afektów w marzeniu sennym wiernie odtwarza przebieg afektów przeżycia, które stało się punktem wyjścia tego snu. Wprawdzie zasada ta nie zawsze się sprawdza, gdyż na marzenie senne przeważnie składa się nie jedno lecz wiele przeżyć, to jednak z pewnymi zastrzeżeniami spostrzeżenie Schmida uznać trzeba za trafne. Otóż takie samo zjawisko da się zauważyć w strukturze nerwicy. I tu częstokroć przebieg afektów odtwarza przeżycie, leżące na dnie symboliki objawów. Zauważyć to można np. w pewnych postaciach lęku przestrzeni, tzw. agorafobii. Już dawno zauważono skłonność do lęków tego typu u osób, stosujących w ciągu długiego czasokresu *coitus interruptus*. Symbolika objawów tego cierpienia zdradza niekiedy wyraźnie ten moment patogenetyczny, nie tylko co do strony afektywnej, ale i co do warunków, wśród których pojawia się lęk. Wszystko to odtworzone bywa z zadziwiającą dokładnością. Chora taka zwykle nie miewa lęku, gdy przebywa wśród wolnej przestrzeni, wśród pól niczym nieograniczonych. Lęk pojawia się natomiast w przestrzeniach zamkniętych, jak rynek, plac, ulice o podobnym ukształtowaniu. Ograniczone te przestrzenie symbolizują pochwę, a wkraczanie chorej w tę przestrzeń — *immissio penis*. Przemawia za taką interpretacją symboli potęgowanie się lęku, gdy ulica jest gładko asfaltowana, wilgotna, śliska — wyraźne przypomnienie błony śluzowej pochwy. Przechodzenie przez takie niebezpieczne miejsce odczuwa chora zwykle jako pewne zadanie do przezwyciężenia. W warunkach terenowych jest mianowicie punkt szczytowy, który reprezentuje największe niebezpieczeństwo. Jest to częstokroć plac znajdujący się u wylotu jakiejś ulicy. Z narastającym lękiem zbliża się chora do tego punktu, strach dochodzi do szczytu w chwili mijania niebezpieczeństwa, po czym następuje nagła ulga z uczuciem, iż niebezpieczeństwo minęło. Gdyby zachowanie się tego lęku przedstawić graficznie, wypadłaby hiperbola. Taka sama hiperbola zachodzi przy narastaniu lęku w czasie *coitus interruptus*, gdy kobieta ze strachem, mącącym *orgasmus*, czeka na przerwanie w porę stosunku. Pamięć emocjonalna, jaką się da zauważyć w strukturze fobii, oznacza wierne odzwierciedlenie przebiegu afektu, z symbolicznym odtworzeniem warunków, wśród których afekt ten się wyraża.

Nie trudno zauważyć ten sam schemat przebiegu lęku w przytoczonym powyżej przypadku gefirofobii, czyli lęku przed mostem. W tym wypadku most symbolizuje genitalia kobiece, a wkraczanie chorego na most *immissio penis*. Zakłócenie normalnego orgazmu jest tu tylko wywołane innymi przyczynami, stąd pojawianie się lęku w cokolwiek zmienionych okolicznościach. Dodam tu dla wyjaśnienia, że zarówno w symbolice objawów, jak i w znacznie bogatszej symbolice marzenia sennego, most służy za symbol kanału porodowego, tak, iż struktura opisanej gefirofobii czyni użytek zupełnie ścisły z tego przedmiotu symbolicznego.

Jest rzeczą znamienną, że agorafobia często inaczej wygląda u mężczyzn, a inaczej u kobiet. U mężczyzn zwykła występować pod postacią lęku, który pojawia się na pustym placu lub innej ściśle ograniczonej przestrzeni. Lęk taki wyraża obawę przed jakimś zakazanym stosunkiem z kobietą — oczywiście przez wspomnienie odpowiednich przeżyć w przeszłości chorego. I tu wzmaga się lęk na ulicach gładko asfaltowanych, śliskich, błyszczących pod światło. Lęk potęguje się też przy dużym ruchu ulicznym, albo przy obecności widzów, symbolizujących, jak łatwo zgadnąć, sąd opinii publicznej. Pewien chory cierpiał na agorafobię pojawiającą się w kręgielni w chwili, gdy przystępował on do rzucania kuli w wąski korytarz kręgielni, na gładki pas asfaltu. I tu zaznaczona jest symbolicznie ginekofobia, mianowicie lęk przed *immissio penis*. Podobne przeżycia zdradza też symbolika klaustrofobii.

Lęki tego typu zwykły tracić na sile, gdy cierpiący na agorafobię idzie ulicą z kimś drugim. Bo taki też jest bieżący cel nerwicy. Chory boi się samotnej walki o byt, szukając oparcia o kogoś drugiego. Szczegół ten wywodzi się genetycznie z bardzo wczesnego dzieciństwa. Dziecko w niebezpieczeństwie ucieka się pod opiekę matki. U dzieci niećwiczonych w samodzielności wytwarza się tą drogą swoisty mechanizm prowokowania opieki matki przez agrawowanie swej słabości. Matka człowiecza tym się różni od zwierzęcej, iż największą czułością otacza dziecko najsłabowitsze. Tym sposobem dziecko uczy się wyciągać ze swej słabości i choroby pewną korzyść życiową i zaprawia się w mechanizmie ucieczki w chorobę, który występuje

w późniejszym życiu nawet wówczas, gdy żadnych realnych korzyści chory z choroby nie jest w stanie wyciągnąć. Oddźwiękiem tych dziecięcych mechanizmów histerycznych jest objaw zanikania lęku w towarzystwie drugiej osoby. Mechanizmy te jeszcze wyraźniej, choć pod szatą symboliczną, wychodzą na jaw w agorafobii typu kobiecego. Lęk w tym wypadku raczej potęguje się w miarę oddalania się od własnego domu, a w końcu uniemożliwia chorej opuszczenie mieszkania. I ten lęk da się uśmierzyć, gdy ktoś chorej towarzyszy. Wyrażona tu jest symbolicznie obawa przed samotnym pójściem w życie i dziecięcy lęk przed rozłąką z matką.

Czasem w niektórych nerwicach, przede wszystkim histerii, symbolika objawów przybierać może zawilsze formy teatralne, oddające mniej lub więcej szczegółowo mnóstwo przeżyć, które w pewnym czasie złożyły się na konflikt chorobotwórczy. Pewna chora, z zawodu prostytutka, wykazywała mnóstwo dziwnych objawów, produkowanych w histerycznym stanie pomrocznym, polegających na wypluwaniu śliny, wykrzywianiu ust w grymas wstrętu, otrząsaniu się z obrzydzeniem, mlaskaniu, dławieniu się, odpychaniu rękoma niewidzialnych ludzi, przy czym z wypowiedzi chorej można było wnosić, iż odreagowuje afekty i przeżycia związane z *fellatio*. Obserwując chorą w ciągu dłuższego czasu, można było spostrzec, iż pewne szeregi objawów raz po raz się powtarzały, stanowiąc uwielokrotnienie przykrych przeżyć, powtarzanych teraz w symbolice objawów. Zawiłe objawy spotykane w napadach histerycznych, zwłaszcza w stanach pomrocznych, zazwyczaj polegają na naśladowaniu jakichś wstrząsających scen, albo w postaci skrótu, jakby nagłówka przeżytych konfliktów, albo też wprost przez odtworzenie pewnych fatalnych sytuacyj. Objawy te zmieniają się w indywidualnych przypadkach zależnie od osobistych przeżyć i dlatego nie da się ich ująć w szablony. Każdy przypadek musi być zbadany bezstronnie i gruntownie, czy to metodą psychoanalityczną, czy psychokatartyczną, po czym dopiero można objawy zrozumieć, tzn. przyporządkować strukturalnie odpowiednim przeżyciom patogenetycznym.

Wiele światła na tego rodzaju zagadnienia rzuca zjawisko konwersji przeżyć psychicznych w objawy cielesne. Są to tzw. nerwice narządowe. Chorzy tej kategorii uważają się za cieleśnie chorych. Nie bez słuszności zwrócono uwagę na to, iż bywają oni przeważnie wytworem materialistycznego światopoglądu lekarskiego, nastawianego anatomo-patologicznie. W myśl tej teorii każde cierpienie musi mieć swoje określone umiejscowienie. Mechanizm ucieczki w chorobę ma na gruncie tej teorii bardzo ułatwione zadanie. Chorzy niechętnie słyszą, iż ich cierpienie jest „pochodzenia psychicznego". Lekarz, który bez ogródek, nie znając danego chorego, powie mu takie rozpoznanie, traci go zazwyczaj. Chory wędruje tak długo od lekarza do lekarza, aż usłyszy nareszcie rozpoznanie somatyczne, spełniające podświadome pragnienie choroby. Słusznie nazwano tak powstałe nerwice jatrogenetycznymi.

Nerwice jatrogenetyczne nie są dla lekarzy tytułem do szczególnej zasługi. Na pozór zdawało by się, że chory pada tu ofiarą sugestii lekarza, przejmując od niego rozpoznanie somatyczne. Tak jednak nie jest, lecz wprost odwrotnie. To chory przychodzi do lekarza z gotowym rozpoznaniem, określając na wstępie w swych skargach narząd jego zdaniem schorzały. Właśnie lekarz poddaje się sugestii chorego, czyniąc mu z kolei krzywdę. Albowiem potwierdzenie oczekiwanego rozpoznania z ust lekarza — umacnia chorego w jego przekonaniu i utrudnia ogromnie zadanie wskazanej tutaj jedynie psychoterapii.

Najwięcej światła na wymogę symboli konwersyjnych rzuciły wyniki symboliki czynnościowej w marzeniu sennym. W miejsce Freudowskich i Steklowskich symboli stałych, których znaczenie podstawia się, jakby w senniku egipskim, mechanicznie, wprowadzono w nowoczesnej onejrologii symbole o znaczeniu indywidualnie odczytywanym zależnie od wyrażonej w marzeniu sennym czynności. Przydatne tu bywa porównanie z takimi samymi symbolami, używanymi w życiu codziennym w postaci obrazowych określeń.

Tak zapatrywać się trzeba np. na rozpowszechnione nerwice serca, oczywiście psychopochodne, a w razie podstawy wegetatywnej wykazujące psychopochodną nadbudówkę. Zgodnie z czynnością, jakie od praczasów przypisuje się sercu, można zauważyć, że nerwice serca wyrażają z zasady konflikty „serdeczne", osnute dookoła konfliktów miłosnych, lub wynikłe z bolesnych przejść zdolnych „zranić boleśnie serce". Struktura tych nerwic konwersyjnych rzadko sięga przeżyć odleglejszej daty, chyba że chodzi o nawarstwienia konfliktów chorobotwórczych rozmaitej daty.

Ogromnie zajmującym rozdziałem nerwic konwersyjnych są nerwice przewodu pokarmowego. Ograniczę się tu do kilku przykładów. W symbolice czynnościowej marzenia sennego zaspokajanie łaknienia i pragnienia śni się zazwyczaj na oznaczenie zaspokajania pragnień erotycznych. Nerwice przewodu pokarmowego posiadają też często taką wymowę symboliczną. Oznaczają one karę za grzeszne popędy lub grzeszne użycie płciowe. Uporczywe zaparcie stolca widujemy nierzadko u ludzi zmuszonych z jakichś powodów żyć wstrzemięźliwie. Symbolika tego objawu jak gdyby wyrażała: patrzcie oto, do czego prowadzi niemożność wyrzucenia z ustroju niepotrzebnego nadmiaru soków; defekacja zastępuje tu, jak widać, wytrysk nasienia lub odpływ śluzu z pochwy. Odwrotnie bywa u ludzi zmuszonych do życia płciowego wbrew swej woli. Protest przeciwko temu przymusowi wyrażają oni skłonnością do biegunek. Nie wynika oczywiście z tych przykładów, by wszelka biegunka lub zaparcie musiały mieć takie znaczenie, jednakże taka symbolika objawów najczęściej zdradza wyłuszczone powyżej sytuacje życiowe. Pewien chory cierpiący na *obsessiones* i skrupulatyzm z natrętnymi wyrzutami sumienia z powodu uprawianego kiedyś samogwałtu, zapadł na fobię objawiającą się lękiem, iż na ulicy lub w towarzystwie nie zdoła utrzymać moczu. Tutaj wytrysk nasienia wyrażony został przez podobną czynność oddawania moczu. Tenże chory cierpiał również na natręctwo mycia rąk i lęk przed powalaniem się, w szczególności moczem i to własnym; lęk ten potęgował się, gdy choremu groziło rzekome powalanie się moczem lub nasieniem w stanie wysuszonym.

Na podobną genezę psychologiczną wskazują skargi hipochondryczne chorych na przypadłości, dotyczące kręgosłupa. Wiemy dobrze, jakie wśród ludu krążą wierzenia co do roli mleczа pacierzowego w sprawach płciowych. Nawet wychowawcy nierzadko chwytają się tych wierzeń, aby odstraszyć młodzież od samogwałtu. Groźby takie zapadają bardzo głęboko w ludzką podświadomość i dlatego odnaleźć je można niekiedy w strukturze nerwic, osnutych dookoła tematu czynności płciowych. Jeśli chory zbyt uparcie wypowiada skargi na rozmaite sensacje w kręgosłupie, jeśli twierdzi, iż kręgosłup mu wysycha, sztywnieje, cierpnie — to zawsze powinniśmy rozumieć takie skargi, jako obawę, by z powodu nadużyć *in Venere* nie wysechł mu mlecz pacierzowy. Jeśli sztywnienie kręgosłupa łączy się z abazją lub astazją, to mamy wszelkie prawo szukać w strukturze nerwicy obawy przed niemocą płciową. Nie inaczej zapatruje się lud na genezę wiądu rdzenia. Pewne naukowe fakty, np. umiejscowienie ośrodków erekcji czy ejakulacji w rdzeniu kręgowym, przesiąkają do wyobrażeń ludu i stopiwszy się z krążącymi teoriami seksuologicznymi stają się tworzywem budowy nerwicowej.

Cierpienia psychopochodne dotyczące głowy wskazują zazwyczaj na kompleksy natury intelektualnej lub duchowej. Jak wykazały badania szkoły A d l e r a, bóle głowy u twórców umysłowych mają za zadanie nierzadko wyrównywać (hiperkompensować) kompleks niższości intelektualnej lub twórczej w sensie, który można by wyrazić: jeśli ja przy tak uporczywych bólach głowy dochodzę do tak wspaniałych wyników, to o ileż twórczość moja stałaby wyżej, gdybym był zdrowy. Urojenia hipochondryczne, osnute w związku z bólami głowy, np. obawy czy to aby nie jest guz mózgu, lub początki choroby umysłowej, wyrażają bardzo często pragnienie uchylenia się od jakiejś trudnej decyzji życiowej w położeniach „bez wyjścia". Takim rozwiązaniem w powieściach, a czasem i w życiu, bywa obłąkanie bohatera tragedii miłosnej, katastrofy finansowej, konfliktów natury honorowej itp. Częste skargi histeryków, iż nie mogą myśleć, iż nie słyszą, nie widzą, iż tracą przytomność — oznaczają tzw. strusią politykę, każącą zamknąć oczy, uszy i intelekt na pewne przykre prawdy lub nierozwiązalne zagadnienia życiowe.

Chęć ukrycia przed światem pewnych tajemnic może się wyrażać w wieloraki sposób. Klasycznym objawem konwersyjnym jest tu bezgłos histeryczny. Inny cokolwiek mechanizm i sens posiada lęk przed rumienieniem się (ereutofobia). Tu specjalnie zaznaczona jest — ze względu na czerwień rumieńca — obawa wydania się z tajemnicami natury miłosnej lub płciowej. Zarówno w tym objawie, jak wielu innych uwydatnia się obawa sądu opinii publicznej, reprezentowanej przez obcych ludzi. W tych wypadkach objawy nerwicowe pokazują się tylko przy występach publicznych lub w obecności drugich ludzi. Tak bywa przy psychopochodnych zaburzeniach wymowy lub przy pewnych nerwicach, stojących w związku z wykonywaniem zawodu. Np. pewien chirurg doznawał tremy, gdy miał w obecności drugich ludzi wykonać choćby najlżejszy zabieg, albo pewien ksiądz doznawał lęku i drżenia rąk w czasie wykonywania określonych czynności podczas mszy św.

Podobne poczucie odpowiedzialności wobec opinii publicznej z wyrażeniem obawy, że wydadzą się grzechy wewnątrz ukrywane, mieści się w symbolice objawów lęku przed przedwczes-

nym zestarzeniem się i urojeń starego wyglądu. Objawy te zdarzają się u młodych dziewcząt, które z lękiem wpatrują się w lustro, stwierdzając zmarszczki, podkrążone oczy itp. Objaw ten spotyka się również w depresjach wszelkiego, nawet organicznego pochodzenia, jako wyraz urojeń grzeszności. Wyraża się tu bowiem obawa, by otoczenie nie poznało po oczach i przedwczesnym uwiądzie cery jakichś skrytych grzechów. Jest to częstokroć oddźwięk straszenia dzieci groźnymi skutkami nadużyć płciowych. Objawy, wyciskające swe piętno na twarzy, czynią użytek z rozpowszechnionego przeświadczenia, że oczy i twarz są zwierciadłem, na którym uzewnętrzniają się poruszenia duszy, cechy charakteru i inne wewnętrzne właściwości. Przeświadczenie to pojawia się samorzutnie już u małych dzieci, które zbroiwszy coś nie śmią patrzeć dorosłym w oczy, zasłaniają wstydliwie twarz, spuszczają ku ziemi oczy itp.

Wymowa mimiki odgrywa też u dorosłych doniosłą rolę, nic też dziwnego, że zużytkowana bywa obszernie dla symboliki objawów. Typowym przykładem takich nerwic są tiki. Ich znaczenie symboliczne może być bardzo pomysłowe, zależnie od wydarzenia w życiu, stanowiącego punkt wyjścia tego objawu. Tiki mogą wyrażać pogardę, odepchnięcie, zapanowanie nad wybuchem afektu, chęć zyskania na czasie w jakiejś kłopotliwej sytuacji, obronę przed czymś lub przed kimś, usiłowanie skupienia się, ból, wstręt, żal; zbieranie się na płacz, chęć powstrzymania śmiechu itd. W każdym wypadku tiku trzeba dążyć do ustalenia struktury nerwicy, która może się okazać znacznie bogatszą, niżby o tym można było sądzić na podstawie tego jednego, niepozornego objawu.

„Spać snem sprawiedliwego" — oto jedno z najbystrzejszych spostrzeżeń ludu. Wszelkie konflikty moralne, zwłaszcza świeższej daty, zwykły się odbijać na zdrowiu pod postacią bezsenności. Struktura nerwicy, objawiającej się bezsennością, bywa różnoraka, co indywidualnie przejawia się w rozmaitych właściwościach symptomatologicznych tego objawu. Są np. ludzie o tak wzmożonej czujności snu, iż lada szmer ich budzi — gdy zatkają sobie uszy, budzi ich nawet bicie własnego serca. Objawy te wyrażają symbolicznie nadmierną czujność sumienia. Typ ten bezsenności spotykamy nierzadko w parze ze skrupulatyzmem. U pewnego chorego zmuszonego żyć w celibacie bezsenność ta trwała uporczywie, jak długo walczył on skutecznie z pokusami; gdy im uległ, bezsenność samorzutnie na pewien okres czasu ustąpiła. Jest to pouczający przyczynek do zagadnienia aktualnego celu, tkwiącego w ucieczce w chorobę. Celem tym była jakby zachęta do grzechu, przez unaocznienie rzekomo szkodliwych skutków wstrzemięźliwości płciowej. W innym przypadku natomiast wieloletnia, niemal całkowita bezsenność okazała się samoobroną sumienia przeciw podświadomym popędom kazirodczym ku matce, które dochodziły do głosu ku zgrozie chorego w marzeniach sennych. Dzięki bezsenności chory uwolniony był od tych przykrych snów. Inne znaczenie posiada wreszcie bezsenność, polegająca na trudnym usypianiu. Chorzy tego typu dają symbolicznie do zrozumienia, iż pragną pozostać trzeźwi, iż żywią obawę przed mrokami nieświadomości. Czasem w bezsenności tego gatunku odzywa się lęk przed ciemnościami śmierci, snu wiecznego.

Znaczenie symboliczne niektórych objawów nerwicowych rzuca się w oczy nawet nie lekarzom — widzą oni czasem więcej, niż lekarz przez „szkiełko mędrca". Tak np. waginizm oznacza w każdym razie niechęć spółkowania z danym mężczyzną; jest rzeczą głębszych badań strukturalnych dać odpowiedź na pytanie „dlaczego?". Oziębłość płciowa i niemoc są również wyrazem podświadomej niechęci płciowej. Zarzut, iż objawy te występują u ludzi, którzy świadomie zupełnie co innego czują, nie ma tu wagi. Zrozumieć symbolikę tych objawów można tylko na zasadzie znanego nam z psychologii marzenia sennego zjawiska przeniesienia czynności. Osoba, z którą zmuszony jest chory utrzymywać stosunki, odgrywa wobec jego podświadomości rolę kogo innego, kto w przeszłości stał się przedmiotem występnych popędów. Podobna myśl, jak wspominałem, może tkwić w strukturze homoseksualizmu, dającego się sprowadzić do psychopochodnej ginekofobii. Wyrazem podobnej niechęci lub zahamowania bywa też niekiedy *eiaculatio praecox*. W przypadkach tych odraza do stosunków płciowych, niemoc względna lub praktyczne uniemożliwienie stosunków z daną osobą bywa owocem procesu przeniesienia czynności; może np. stanowić symboliczną formę uszanowania „tabu" kazirodztwa, przy czym inny, zboczony lub nieudały sposób wyładowania popędu płciowego nie kala dziecięcych ślubów czystości.

Mogłem na tej garści przykładów tylko zupełnie pobieżnie oświetlić przebogate zagadnienie symboliki objawów, na którą niestety badacze bardzo mało zwykli zwracać uwagi. Podane przykłady żadną miarą nie powinny być stosowane dogmatycznie lub szablonowo. Każdy osobnik jest odrębnym zagadnieniem dla siebie, wymagającym indywidualnego zgłębienia. Dla klinicznej empirii jest tu jeszcze ogromne pole do popisu. Wyświetlenie symboliki objawów musi wynikać w każdym przypadku z rozległych badań genetycznych. Zrozumieć symbolikę objawów — to znaczy poznać strukturę genetyczną danej nerwicy. Swoistość metody psychoanalitycznej polega właśnie na tej psychologiczno-genetycznej stronie badania nerwicy.

Jeżeli teraz rzucimy okiem na całokształt zagadnienia patogenezy nerwic, to w każdym przypadku trzeba uwzględnić następujące zespoły momentów.

1. Podłoże konstytucjonalne, obejmujące szereg czynników dziedzicznych i wrodzonych. Zespół ten daje usposobienie neuropatyczne. Sam przez się nie potrafi jednak wywołać nerwicy. Nie stanowi też nic swoiście związanego z nerwicą, gdyż zespół ten spotykamy również w psychozach, a nawet u ludzi uchodzących za zdrowych.

2. Podobnie, moim zdaniem, rzecz się ma i z zespołem czynników wegetatywnych, na który somatycznie zorientowani badacze nerwic kłaść zwykli największy, jeśli nie wyłączny nacisk. W tym duchu rozumieć trzeba termin „nerwica wegetatywna" — dość często ostatnio używany. I tu nie może być mowy o swoistości i wyłączności patogenetycznej, skoro zaburzenia układu współczulnego, wewnątrzwydzielniczego itp. spotykamy nie tylko w nerwicach, ale i gdzie indziej, podczas gdy bywają psychonerwice pozbawione udziału tych czynników.

3. Trzecim zespołem czynników patogenetycznych byłyby nawyki charakterologiczne, występujące szczególnie pod postacią mechanizmu „uciekania się do choroby". W istocie tych czynników leży ich wczesno-dziecięca data powstania. Zespół ten mamy już prawo nazwać swoistym, gdyż poza nerwicą nigdzie z natury rzeczy nie może odegrać roli. Badania strukturalne wykazują, że zespół ten jest też niezbędnie konieczny dla powstania nerwicy. Aczkolwiek chodzi tu o właściwości czysto psychologiczne, zespół ten jednak ze zrozumiałych powodów nie należy sam do struktury nerwicowej. Stanowi on tylko warunek zjawienia się jakiejś takiej struktury.

4. Czynniki czwartej grupy stanowią już integralną część budowy nerwicowej. Są to urazy psychiczne odległej przeszłości. Bywają one rozmaitej treści. Najczęściej są to ciosy natury makabrycznej, śmierć drogich osób, niebezpieczeństwo życia, umyślne lub mimowolne zabójstwo itd. Bardzo częste są też urazy natury seksualnej, choć rolę ich dawna psychoanaliza stanowczo przeceniała. Wchodzić mogą w grę i urazy innej natury, np. ciosy w walce o byt, straty pieniężne itp. Urazy nie są, o ile dotąd wiadomo, konieczną przyczyną nerwicy. Same przez się bynajmniej też nie prowadzą do nerwicy. Zdolne są odegrać rolę w strukturze nerwicowej pod warunkiem, iż sprzęgną się afektywnie i logicznie z czynnikami piątej grupy.

5. Są to konflikty patogenetyczne odległej przeszłości, przeważnie lat dziecięcych lub młodzieńczych. Ten zespół jest właśnie na wskróś swoisty dla nerwicy. On też głównie dostarcza osnowy strukturalnej. Wczesne konflikty bywają rozmaitej natury. Z przykładów, które przytaczałem przy omawianiu symboliki objawów, można by może mniemać, iż przede wszystkim życie płciowe nastręcza tematy konfliktów. Byłoby to jednak przesadą. Rzecz prosta, życie płciowe ma to do siebie, iż usposabia niezwykle łatwo do konfliktów. Dowodzi tego powszechnie znany fakt, iż chyba nie ma powieści, utworu dramatycznego, czy filmu, gdzieby się obeszło bez konfliktów z dziedziny erotycznej. W strukturze nerwicowej konflikty erotyczne są istotnie bardzo częste. Jednakże obok nich i inne popędy bywają źródłem konfliktów, zwłaszcza popęd śmierci i to zarówno w znaczeniu biernym, jak i czynnym. Ogólniej ująć można tę rzecz w ten sposób, iż chodzi zawsze o konflikt moralny, zrodzony w poczuciu winy, grzechu. Afekt ten zjawia się w obliczu sumienia, wykonującego sąd moralny nad danym popędem. Sam konflikt rzadko powstaje równocześnie z przeżyciami czy urazami psychicznymi, dostarczającymi tworzywa konfliktu. Raczej można było zauważyć, iż konflikt moralny stanowi dość późne następstwo owych przeżyć. Czasem stwierdza się, iż konflikt wypływa dopiero z wtórnej przeróbki psychologicznej pewnych faktów. Fakty te doznają wskutek tej przeróbki zniekształceń, a nawet po przedmiotowym zbadaniu mogą się czasem okazać zmyślone czy urojone. Przeciwko konstrukcjom psychoanalitycznym podnoszono z tego powodu poważne zarzuty, moim zdaniem niesłuszne. Albowiem prawda psychologiczna, jaką jest wiara w prawdziwość pewnych wydarzeń, niekoniecznie się zgadza z prawdą historyczną, lecz mimo to może wywierać pełne dynamiczne działanie. Jak iluzje mogą człowiekowi dawać poczucie szczęścia i jak nieprawdziwe pogłoski mogą szerzyć popłoch, przygnębienie, rozpacz, a nawet popychać do samobój-

stwa — tak samo wystarcza wiara do zadzierzgnięcia się konfliktu chorobotwórczego. Ponieważ konflikty te powstają u dzieci lub osobników młodocianych, przeto tym łatwiej możliwe jest zatarcie się ostrych granic między rzeczywistością a płodami wyobraźni. Nierzadko można stwierdzić, że pewne wydarzenia, na których osnuty jest konflikt, były wytworem tylko marzenia sennego lub zaczerpnięte zostały z opowiadanej dziecku bajki. Nie powinno to dziwić tych, którzy badali własne wspomnienia z najodleglejszego dziecięctwa i częstokroć nie mogą na pewno powiedzieć, czy dane wydarzenie zaszło rzeczywiście, czy śniło się, czy też może tylko znane im jest z czyjegoś opowiadania.

W praktyce pokazuje się zresztą, że konflikty moralne wczesnego wieku, jakkolwiek z zasady odnajduje się je w strukturze każdej nerwicy, same przez się jeszcze nie są zdolne wywołać nerwicy. Wyjątek stanowią być może nerwice dziecięce, najsłabiej opracowane w dotychczasowym piśmiennictwie. Za tym, iż same konflikty moralne wczesnej daty nie wystarczają jeszcze do wybuchu nerwicy, przemawiają dwa argumenty. Po pierwsze odnaleźć je można w podświadomości ludzi zupełnie zdrowych. A po wtóre każdy neurotyk, zanim pojawią się u niego objawy chorobowe, może cieszyć się dłuższym lub krótszym okresem zupełnego zdrowia, mimo iż później pokaże się, jak długo już przedtem nosił w sobie w stanie utajenia konflikty patogenetyczne. Do spowodowania wybuchu nerwicy potrzeba więc pewnej prowokacji. Dwa zespoły czynników wchodzą tu w grę.

6. Jest zasługą szwajcarskiej szkoły psychoanalitycznej J u n g a, iż zwróciła uwagę na doniosłość aktualnego konfliktu, wśród którego chory żyje. Aby zrozumieć podświadomy cel, pociągający człowieka w szpony nerwicy, trzeba stanowczo zgłębić warunki, w których żyje chory. Może jego popędy władcze załamują się o twardą rzeczywistość? Może jego popędy erotyczne nie znajdują oddźwięku? Może walka o byt nastręcza choremu tak wielkie przeciwności, iż boi się stawić im czoło? Może czysto moralny konflikt, nie dający się stłumić lub niedotłumiony, wytrąca chorego z równowagi psychicznej? Te wszystkie możliwości trzeba rozpatrzyć. Ale mylą się ci, którzy zaślepieni wagą bieżącego konfliktu, zamykają oczy na zespoły czynników powyżej wyszczególnione. Konflikt bieżący, nawet najcięższej wagi, sam przez się nie może wywołać nerwicy. Człowiek potrafi znieść najcięższe ciosy moralne i popaść w najgorsze powikłania wewnętrzne, a jednak niekoniecznie stąd wyniknie nerwica. Na to, aby się to stało, trzeba już w podświadomości osobnika gotowych zawiązków. Najniezbędniejsze zawiązki, jak wskazywałem, to zaburzenia charakterologiczne w postaci wytworzonego niegdyś mechanizmu usprawiedliwienia się chorobą oraz obecność w głębi podświadomości nierozwiązanych, niedotłumionych, nieodreagowanych konfliktów wczesnodziecięcych. Chory na nerwicę ma właśnie jakby nieszczęście o tyle, iż bieżący konflikt harmonizuje logicznie i współbrzmi afektywnie z konfliktem wczesnej daty. Mieści się w tym stanie rzeczy dotkliwa prowokacja utajonych mocy dynamicznych, afektów, którymi naładowane sa śpiące w zapomnieniu kompleksy. Podobne sytuacje z dwóch okresów życia kojarzą się i skupiają. Równoległość tej podwójnej, sprzężonej problematyki wyciska swe piętno na budowie nerwicy i, co za tym idzie, na symbolice objawów. W wyniku tych zawiłych procesów psychologicznych pojawiają się objawy chorobowe dwojakiego gatunku pod względem genetycznym. Jedne dadzą się przyporządkować bieżącym konfliktom nerwico-twórczym, drugich geneza tkwi natomiast w konfliktach wczesnego pochodzenia. W praktyce wygląda to np. tak, iż agorafobia wymową symboliki pewnych objawów opiewa konflikt zrodzony z pożycia małżeńskiego, jednakże ten zespół objawów powikłany być może szeregiem dodatków symptomatologicznych, co do których na podstawie przeprowadzonej analizy przypadku nie może być najmniejszej wątpliwości, iż stanowią odległą reakcję nerwicową na wczesno-dziecięce konflikty moralne, w wyniku np. podpatrywania stosunków płciowych rodziców.

Konflikt bieżący spełnia doniosłą rolę patogenetyczną przez to, iż on właśnie zazwyczaj stwarza cel, dla którego neurotyk ucieka się do nerwicy. To, co z wczesno-dziecięcych konfliktów i urazów drzemie w łonie podświadomości, to samo przez się nie starczyłoby do wytworzenia nerwicy. Musi w życiu bieżącym chorego zajść jakaś taka sytuacja, by mógł być lub musiał być zrobiony użytek z mechanizmu usprawiedliwienia się chorobą. Wtedy dopiero z tworzywa przebrzmiałych wydarzeń wzniesiony zostanie strukturalny stos, który zapłonie zboczonym afektem nerwicowym. Konflikt bieżący stanowi czynnik wyzwalający dla tych potencjalnych energij. On daje im sens aktualny, on skierowuje je ku jakiemuś celowi życiowemu, on daje bezpośrednią podnietę osobnikowi, by w chorobie, w słabości, w klęsce życiowej doszukiwał się właśnie korzyści. Tak, jak błędy wychowawcze uczą słabowite dziecko wyciągać z choroby korzyść czy to uczuciową przez prowokację uczuć macierzyńskich, czy to materialną przez zapewnienie przywilejów należnych najsłabszemu — tak samo w życiu dorosłych, w środowisku kulturalnym, hoduje się sztucznie i prowokuje nerwicę. Prowokacja ta tkwi w niepedagogicznym ustawodawstwie społecznym, w błędnych obyczajach publicznych, w nieumiejętnym obchodzeniu się z nosicielami zawiązków nerwicowych. Jak źle stosowana działalność charytatywna uczy żebractwa i jak wadliwie pojęta opieka społeczna wytwarza masowo typ zawodowego bezrobotnego, rozmiłowanego w próżniactwie i umiejącego wyciągać korzyści z położenia, które bezstronnie trzeba nazwać nieszczęściem, tak samo konflikt bieżący popycha neurotyka do szukania korzyści w chorobie. On właśnie stwarza wewnętrzne rozdarcie afektywne, on wprawia osobnika w stan ambiwalencji, współistnienia sprzecznych dążności afektywnych.

W takim położeniu bez wyjścia nerwica stanowi kompromis. Osobnik, który ani nie może pójść za głosem popędu, ani nie potrafi doszczętnie tego popędu stłumić ma tu deskę ratunku. Dzięki nerwicy może przemieścić na trzecią płaszczyznę zapasy sił, które wewnątrz jego podświadomości wzajemnie się starły.

Niech mi wolno będzie na krótkim przykładzie unaocznić te zjawiska. Miałem w leczeniu młodego człowieka, który drogą rozmaitych sugestyj, nacisków moralnych ze strony otoczenia, a nawet pewnych gróźb natury materialnej popchnięty został do zawodu, nie odpowiadającego jego naturze, zamiłowaniom, pragnieniom życiowym itd. Między innymi zawód ten wymagał bezwzględnie pozostania w stanie bezżennym. Było wewnętrzną niemożliwością dla chorego, poddać się swemu losowi. Z drugiej strony było to po prostu niemożliwością powiedzmy zewnętrzną, zwłaszcza iż opamiętał się zbyt późno, przeciwstawić się woli środowiska. Położenie bez wyjścia. Konflikt nie do zniesienia. I oto zjawiła się wybawicielka nerwica. Przybrała się w taki akurat objaw, który całkowicie dyskwalifikował tego człowieka do piastowanego zawodu. Ponieważ jednym z kardynalnych warunków wykonywania tego zawodu była wymowa, przeto nerwica właśnie w ten słaby punkt ugodziła, przybierając postać ciężkiej wady wymowy. Nacisk otoczenia oczywiście znikł, chory zmienił zawód i był wybawiony z konfliktu. Nie potrzebuję zresztą dodawać, że to szczęśliwe rozwiązanie bynajmniej nie podziałało na nerwicę leczniczo. A to z dwóch chociażby przyczyn. Raz, iż struktura tej nerwicy zaktywowała stare, dziecięce konflikty, które odżyły i znalazły swój wyraz w symbolice objawów (nie mogę się tu wdawać w szczegóły). A po wtóre, iż nie pozbędzie się nerwicy ten, kto jej uległ i kto z niej zaczerpnął życiowej korzyści. W świetle tego przykładu konflikt bieżący stanowi czynnik wyzwalający dla potencjalnej nerwicy i niewiele więcej.

7. Wyliczone zespoły momentów nie byłyby całkowite, gdybym nie wyosobnił logicznie z powyższego ostatniego warunku pojawienia się nerwicy. Jest to bieżący odpowiednik działających w dziecięctwie szkodliwych wpływów wychowawczych, które uczą dziecko mechanizmu usprawiedliwiania się chorobą, nagradzając za słabość. Taki sam szkodliwy wpływ na charakter dorosłego człowieka wywiera błędne, nie liczące się z psychologią traktowanie go, czy to w stosunkach osobistych, czy społeczno-ustawodawczych. Najjaskrawiej zjawisko to oglądamy w wypadku nerwic pourazowych. Sam fakt, iż za niedołęstwo, za kalectwo, za nieszczęście można uzyskać korzyść pieniężną, stwarza w podświadomości usposobionych ludzi pragnienie chorowania. Oczywiście nie u wszystkich. Ale ponieważ mechanizm ucieczki w chorobę i zawiązki niewybuchłych, potencjalnych nerwic są rzeczą nader częstą, więc nic dziwnego, że nerwice pourazowe, pożądaniowe, rentowe wyrosły, jak grzyby po deszczu, na glebie nieprzemyślanego ustawodawstwa społecznego.

Ale nie sądźmy, by jedna jedyna nerwica rentowa stanowiła przykład tego rodzaju. Nagradzanie za chorobę stosowane bywa często, choć nie zawsze na pierwszy rzut oka udaje się wykryć formę tej nagrody. Sam chory zwykle gmatwa tu sprawę, gdyż cierpi. Jakże tu mówić o korzyści, gdy widzi się przede wszystkim dotkliwe straty życiowe i nawet materialne, jakie nerwica choremu gotuje. A jednak tak już jest. Dlaczego — na to nam daje odpowiedź wgłębienie się w strukturę nerwicy, jako zagadnienia indywidualnego. Któż z nas nie pamięta owego wstrząsającego wydarzenia, gdy pewien oszust asekuracyjny odrąbał sobie siekierą nogę, byleby zdobyć premię ubezpieczeniową. Na próżno tłumaczylibyśmy temu osobnikowi, że korzyść, jaką by osiągnął w razie zdobycia renty, jest niczym w porównaniu z kalectwem, którego się nabawił. Dopiero gdy wnikniemy w strukturę takiej nerwicy, gdy zrozumiemy źródło popędów władczych, do których zaliczyć trzeba pragnienie pieniędzy, symbolizujących wszystko w życiu, do czego się przywiązuje

wartość, dopiero wówczas uprzytomnimy sobie względność indywidualną pojęcia korzyści i straty. W każdym przypadku nerwicy mamy dlatego obowiązek zadania sobie pytania, jaką korzyść aktualną nerwica choremu daje lub przynajmniej ma lub miała dawać. W przypadkach histerii bywa to korzyść natury uczuciowej. Celem tej nerwicy bywa czasem wprost tzw. szantaż histeryczny. Tutaj w zachowaniu się otoczenia chorego trzeba szukać warunków, które sprzyjają nerwicy, nagradzając ją. I tu i w wielu innych podobnych przypadkach jakże jaskrawo występuje wspomniana względność pojęcia korzyści.

W zakończeniu niech mi wolno będzie usprawiedliwić się, dlaczego tu w tym gronie, gdzie zebrani są przedstawiciele najrozmaitych gałęzi nauk lekarskich, poruszam, tak, zdawało by się, specjalny temat, jak struktura psychologiczna nerwicy i jej znaczenie patogenetyczne. Otóż czas już najwyższy, by problematyka nerwic, a wraz z nią i psychoterapia, opuściły ciasne i niegościnne podwórko psychiatrii i neurologii i rozeszły się szerokimi kręgami na całą medycynę. Nerwice, jak to każdy z Kolegów z doświadczenia wie, są zjawiskiem codziennym na polu każdej specjalności lekarskiej. Nawet tam, gdzie chodzi o niewątpliwie cielesne schorzenia, składnik neurotyczny często rzuca się lekarzowi w oczy. Nóż chirurga jest potężnym i niezastąpionym narzędziem. Atoli chirurg, który intuicyjnie czy świadomie nie jest zarazem psychoterapeutą, nie ma powodzenia u chorych i nie potrafi skutecznie koić ich cierpień. Zlekceważenie duszy chorego i zaniedbanie myśli psychoterapeutycznej przez zmaterializowaną medycynę szkolną XIX stulecia i przez zbiurokratyzowaną medycynę najemną XX wieku, zemściło się i mści się nadal fatalnie na medycynie naukowej. Te właśnie błędy użyźniły glebę pod niebywały rozkwit partactwa i sekciarstwa lekarskiego, które umieją przemówić do duszy chorego człowieka, uwzględniając w ten sposób nerwicowy, psychopochodny składnik strukturalny w cierpiącym człowieku. Psychologia nerwicy wraz z psychoterapią stawiają sobie za zadanie przy pomocy naukowej metodyki nadrobić te zaniedbania. Znajomość struktury nerwicy daje wejrzenie w jej patogenezę, a znajomość patogenezy z kolei stanowi warunek racjonalnej psychoterapii, bez której nie może leczyć nowoczesny lekarz-praktyk.

Dr Stanisław TREPKOWSKI Warszawa

Badania odczynu gośćcowego BBF u dorosłych

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. P. w Warszawie
Dyrektor: Prof. dr Zdzisław Gorecki

Rzecz wygłoszona na XV Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie w dniach 4—7 lipca 1937 r. w ramach posiedzenia zorganizowanego wspólnie z Polskim Towarzystwem Walki z Gośćcem

Do szeregu odczynów swoistych na tzw. chorobę reumatyczną przybywa obecnie tzw. odczyn BBF.

Autorzy odczynu doc. dr Brokman, dr Brill i Frendzlowa, na podstawie swych badań, przeprowadzonych w 300 przypadkach, wśród których szczególną uwagę zwrócili na materiał dziecięcy Kliniki Pediatrycznej U. J. P., podają, że odczyn ten jest jakoby wyrazem zakażenia reumatycznego, że odznacza się swoistością oraz że nie zależy od nieswoistego uchwiejnienia surowicy.

Nie wdając się w szczegóły techniczne, o których autorzy odczynu niejednokrotnie pisali, należy ogólnie przypomnieć, że odczyn BBF opiera się na typowym odczynie Bordet-Gengou (tj. odczynie odchylenia dopełniacza) z tym, że swoistym antygenem jest wyciąg wodny z wątroby dzieci zmarłych na ostry gościec stawowy (choroba Bouillaud) potwierdzony badaniem anatomo-patologicznym.

Oceniając znaczenie, jakie odczyn BBF może posiadać dla kliniki wewnętrznej oraz dla badania gośćca, przeprowadziliśmy badania kontrolne na naszym materiale klinicznym.

Krew, pobraną w ilości 5—8 cm³, wlewano bezpośrednio z żyły chorego do suchych jałowych probówek i przesyłano do Zakładu Bakteriologii Wydziału Weter. U. J. P., gdzie odczyn był wykonywany przez autorów.

Ogółem przeprowadzono badania u 100 chorych.

W każdym przypadku wykonywano nadto morfologiczne badanie krwi, opadanie krwinek czerwonych (metodą Westergreena), odczyn Wassermanna, a u chorych stawowych badano krew na gonoreakcję.

Materiał nasz podzieliliśmy na dwie zasadnicze grupy: I choroby stawów, II choroby innych narządów.

W grupie „stawowych" odróżniliśmy podgrupy: a) gośćca klinicznie niewątpliwego, b) schorzeń stawowych innej etiologii, jak kiła, rzeżączka, gruźlica itp.

W drugiej grupie znalazły się podgrupy: a) schorzenia niestawowe o etiologii prawdopodobnie gośćcowej; np.: wady serca, b) schorzenia dróg żółciowych z uszkodzeniem wątroby, ze względu na używany w odczynie antygen z wątroby, c) choroby niezwiązane z gośćcem, czyli podgrupa kontrolna.

Wśród 23 przypadków gośćca stawowego, klinicznie niewątpliwego, odczyn dodatni wystąpił u 15 chorych.

U pięciu chorych obserwowanych i leczonych w ciągu szeregu miesięcy, kontrolowano kilkakrotnie zachowanie się odczynu. Te przypadki zasługują na krótsze omówienie:

Chory 1. N. T., lat 16. Przybywa do Kliniki w stanie bezgorączkowym z powodu przewlekłego gośćca wielostawowego, trwającego od szeregu miesięcy. Chory uskarża się nadto na dolegliwości, jak bicie napadowe serca i kłucie w okolicy koniuszka. Rozpoznanie: gościec wielostawowy, niedomykalność zastawki dwudzielnej. Opadanie ciałek czerwonych 32/63 mm. Liczba ciałek białych 13.600 w 1 mm³. Rozmaz: neutr. 68, eoz. 8, limf. 33, mon. 4. Odczyn Wassermanna ujemny, gonoreakcja ujemna. Po tygodniowym pobycie w Klinice występuje nasilenie dolegliwości ze strony stawów. Podano salicyl. Odczyn BBF dodatni. Po parotygodniowym leczeniu, chorego wypisano z poprawą. W pół roku później na skutek obostrzenia się sprawy chorobowej stawowej, prawdopodobnie po przebytej anginie, chory przybywa ponownie do Kliniki. Stan morfologiczny krwi zbliżony do poprzednio stwierdzonego. Odczyn BBF bardzo silnie dodatni.

Chora 2. B. H., lat 17. Przybywa z powodu ostrego stanu zapalnego lewego stawu kolanowego i biodrowego. Opadanie krwinek czerwonych 112/136 mm. Liczba ciałek białych: 9.400 w 1 mm³. W rozmazie krwi: neutr. 59, limf. 41. Odczyn Wassermanna i gonoreakcja ujemne. Po tygodniowej obserwacji wykonano badanie krwi na odczyn BBF z wynikiem bardzo silnie dodatnim. Podano salicyl. Po parotygodniowym pobycie chora zostaje wypisana z poprawą celem dalszego leczenia ambulatoryjnego. Po upływie roku chora zgłasza się na kontrolę zachowania się odczynu reumatycznego. Badanie ogólne wykazuje zesztywnienie stawu biodrowego i kolanowego lewego. Odczyn BBF wątpliwy

Chora 3. W. J., lat 60. Zgłasza się z powodu zniekształcającego gośćca wielostawowego. Sprawa chorobowa trwa od 2 lat, wyraźne pogorszenie wystąpiło od 5 miesięcy. Chora nie gorączkuje. Dnia 5 listopada 1936 r. odczyn BBF dodatni. Opadanie krwinek czerwonych 90/120 mm. Liczba krwinek białych: 6.800 w 1 mm³. W rozmazie krwi: neutr. 53, eoz. 1, mon. 1, limf. 45. Odczyn Wassermanna i gonoreakcja ujemne. Podano salicyl. Wyraźniejszej poprawy nie stwierdzono. W dniu 11 lutego 1937 r. odczyn BBF wyraźnie dodatni. Wobec braku poprawy rozpoczęto wstrzykiwania domięśniowe Allochryzyny (0.05—0.1 g co piąty dzień). Dnia 16 marca odczyn reumatyczny ujemny; dnia 24 marca ponownie odczyn wyraźnie dodatni. Chora nie odczuwa bólów, stan nadal bezgorączkowy. Wstrzykiwań złota nie przerywano. Dnia 8 kwietnia odczyn reumatyczny bardzo silnie dodatni. Chora została przepisana do przytułku w stanie znacznej poprawy.

Chora 4. B. M., lat 54. Od 7 lat leczy się ambulatoryjnie z powodu zniekształcającego przewlekłego gośćca wielostawowego. Stan stale bezgorączkowy. Ostatnio uskarża się na bóle i niezdolność chodzenia. Opadanie krwinek czerwonych: 116/120 mm. Liczba ciałek białych 8.800 w 1 mm³. Rozmaz krwi: neutr. 72, eoz. 2, limf. 25, mon. 1. Odczyn Wassermanna i gonoreakcja ujemne. Odczyn BBF ujemny (dnia 18 lutego 1937 r.). Nie podając salicylu, wykonano parokrotnie wstrzykiwania własnej krwi chorej w ilościach 10 cm³ jednorazowo. Dnia 16 marca odczyn reumatyczny BBF dodatni. W osiem dni później ponowna kontrola odczynu wykazała, że wypada on wyraźnie dodatnio. Zastosowano domięśniowe podanie gonoccyny jako leczenie bodźcowe. Szczepionkę tę chora otrzymała dwukrotnie w dawkach 0.5 i 1.0 cm³. W dniu 8 kwietnia odczyn BBF wątpliwy. Wstrzykiwań gonoccyny nie powtarzano, przechodząc na doustne podanie salicylanu sodu, a następnie piramidonu. Po dwóch miesiącach, tj. przed przepisaniem chorej do przytułku, odczyn BBF ujemny. Stan ogólny chorej po przeprowadzonym leczeniu nie poprawił się.

Chory 5. K. S., lat 16. Przewlekłe gośćcowe zapalenie stawów, obostrzone prawdopodobnie na skutek przebytej przed siedmioma tygodniami grypy. Do czasu zapadnięcia na grypę chory nie gorączkował. Po parotygodniowej obserwacji stwierdza się stan gorączkowy. Badanie laryngologiczne wyraźniejszych zmian w migdałkach nie wykryło. W nocy chory miewa

bóle wędrujące we wszystkich stawach, przede wszystkim w kolanowych i skokowych. Opadanie krwinek czerwonych 78/105 mm. Liczba ciałek białych: 9.400 w 1 mm³. Rozmaz: neutr. 66, eoz. 2, limf. 30, mon. 2. Odczyn Wassermanna i gonoreakcja ujemne. Odczyn BBF ujemny. Po upływie miesiąca opadanie krwinek czerwonych 32/56 mm. Odczyn reumatyczny wyraźnie dodatni. Należy zaznaczyć, że chory nie otrzymywał związków salicyłowych ani żadnych szczepionek.

W pozostałych 18 przypadkach tej grupy, odczyn reumatyczny wykonano jednokrotnie. Z obserwacji i zestawienia wyników odnosi się wrażenie, że między zachowaniem się opadania krwinek, a nasileniem odczynu BBF nie można ustalić jakiejkolwiek zależności, co przemawia przeciwko przypuszczeniu, że zachowanie się odczynu reumatycznego zależy od nieswoistego uchwiejnienia się surowicy.

Podobnie nie można ustalić, aby podawane leki wpływały w sposób jednolity na jego nasilenie.

Stan ciepłoty i leukocytoza nie zmieniały w żadnym przypadku wyniku odczynu. Gonoreakcja u wszystkich obserwowanych chorych tej grupy wypadła ujemnie, a odczyn Bordet-Wassermanna dodatni równocześnie z BBF dodatnim stwierdzono u chorego z gośćcem, niezależnym od zakażenia kiłowego.

W grupie przypadków schorzeń stawów innej etiologii mieliśmy 13 chorych. Były to: 6 przypadków rzeżączki, 3 kiły i 4 niegośćcowe, jednak o bliżej nieustalonej etiologii.

W całej tej grupie odczyn BBF dodatni stwierdziliśmy u sześciu chorych. Wśród chorych z rzeżączką stawów, równoczesność dodatnich odczynów BBF i gono, ujawniła się w 4 przypadkach. W wypadkach kiły stawów i kości odczyn reumatyczny wypadł ujemnie. Gonoreakcja i odczyn Bordet-Wassermanna zachowywały się w stosunku do siebie różnie. Wśród przypadków stawowych niegośćcowych, o rozpoznaniu dokładniej nie dającym się ustalić, odczyn BBF u dwóch chorych był dodatni, a odczyn Bordet-Wassermanna u jednego cohrego wypadł również dodatnio.

Przechodzimy do zestawionych w grupie chorób niestawowych, ale o etiologii prawdopodobnie gośćcowej; były to przypadki wad zastawkowych serca.

Na ogólną liczbę 19 chorych tej grupy, odczyn dodatni wypadł w 13 przypadkach.

Z ważniejszych obserwacyj warto przytoczyć cztery następujące:

Chora 6. K. J., lat 33. Brak wywiadów gośćcowych. Stan bezgorączkowy. Opadanie krwinek czerwonych: 3/5 mm. Liczba ciałek białych 6.800 w 1 mm³. W rozmazie: neutr. 69, eoz. 4, limf. 22, mon. 6. Odczyn Wassermanna ujemny. Odczyn BBF bardzo silnie dodatni. Rozpoznanie kliniczne: przewlekłe zapalenie wsierdzia pod postacią niedomykalności zastawki dwudzielnej i zwężenia ujścia przedsionkowo-komorowego lewego, niewydolność krążenia. Rozpoznano na sekcji: przewlekłe zapalenie wsierdzia z obostrzeniem pod postacią brodawkowego zapalenia wszystkich ujść.

Chora 7. J. St., lat 16. Brak wywiadów gośćcowych. Stan bezgorączkowy. Opadanie krwinek czerwonych 4/13 mm. Liczba ciałek białych: 7.000 w 1 mm³. W rozmazie: neutr. 68, eoz. 1, bazą. 1. limf. 27, mon. 3. Odczyn Wassermanna ujemny. BBF bardzo silnie dodatni. Rozpoznanie: przewlekłe zapalenie wsierdzia pod postacią niedomykalności zastawki dwudzielnej. Chora zmarła, rozpoznanie przez badanie pośmiertne potwierdzono.

Chora 8. A. E. lat 16. Chora zgłosiła się z powodu dolegliwości, dotyczących serca i stawów. Stan bezgorączkowy. Opadanie krwinek czerwonych: 33/63 mm. Liczba ciałek białych 14.400 w 1 mm³. W rozmazie: neutr. 64, eoz. 1, limf. 34, mon. 1. Odczyn Wassermanna ujemny. Odczyn BBF wybitnie dodatni. Rozpoznanie: zwyrodnienie mięśnia sercowego, niewydolność krążenia. Chora zmarła, na sekcji stwierdzono przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego.

Chora 9. W. M., lat 24. Dolegliwości serca. Wywiady niegośćcowe. Ciepłota ciała waha się w granicach 39—40⁰. Kolejna kontrola opadania krwinek: 50/70 mm oraz 90/120 mm. Liczba ciałek białych waha się od 6.000 do 7.000 w 1 mm³. W rozmazie: neutr. 76, limf. 23, mon. 1. Odczyn Wassermanna ujemny, BBF wybitnie dodatni. Chora zmarła wśród objawów niewydolności krążenia sercowego. Klinicznie rozpoznano ostre zapalenie wsierdzia pod postacią niedomykalności zastawki dwudzielnej. Na autopsji ustalono obecność wrzodziejącego zapalenia wsierdzia pod postacią niedomykalności zastawki dwudzielnej.

Należy podkreślić, że u chorych ze zmianami we wsierdziu, odczyn reumatyczny wypadał intensywniej w porównaniu z przypadkami niewątpliwego gośćca stawowego.

W grupie schorzeń dróg żółciowych z uszkodzeniem wątroby zestawiliśmy 5 przypadków. Były to zapalenia dróg żółciowych ostre, bądź podostre oraz przypadek raka pierwotnego pęcherza żółciowego. W 4 przypadkach wynik badania z antygenem reumatycznym był ujemny. Przypadek z dodatnim odczynem BBF dotyczył chorej, u której w ciągu parodniowej obserwacji ustalono jednak współistnienie dwóch spraw chorobowych, gośćca i zakażenia dróg żółciowych, i tylko z tego względu tu go przytaczamy.

Największy odsetek przypadków stanowiła tzw. grupa kontrolna, schorzenia niezwiązane z gośćcem. Były to następujące schorzenia: miażdżyce naczyń nerkowych, zapalenia nerek, wrzody żołądka i dwunastnicy, zapalenia miedniczek, rak żołądka, nerwice układu wegetatywnego, cukrzyce, zapalenia opłucnej, rozszerzenia oskrzeli, dychawica oskrzelowa, zapalenia płuc, grypa, samorodna odma opłucnej i inne.

Dodatni odczyn reumatyczny otrzymaliśmy w jednym przypadku przekwitania, w przypadku cukrzycy ze współistniejącą grypą, rumienia guzowatego z anginą (tu odczyn BBF dodatni stał się po dwóch miesiącach ujemny) i w jednym przypadku zapalenia odoskrzelowego płuc.

Zbierając powyższe dane, dochodzimy do wniosku, że wyniki, w krytycznym ujęciu, uznać należy za zachęcające, zwłaszcza że są to jedne z pierwszy badań, dotyczących powyższego odczynu.

Za swoistością odczynu przemawia cyfra 90% ujemnych wyników odczynu BBF wśród przypadków grupy kontrolnej, tj. schorzeń bezwzględnie obcych chorobie gośćcowej.

Należy też podkreślić, że antygen gośćcowy nie posiada cech antygenu narządowego (wątroba).

W innych grupach podanych wyniki nie wypadły tak jednoznacznie, jak w grupie kontrolnej.

Sądzimy, że rozważenie możliwych przyczyn ułatwi wyjaśnienie tej sprawy.

Przede wszystkim należy stwierdzić, że istnieje sporo przypadków niewątpliwie gośćcowej natury, które dają odczyn reumatyczny ujemny.

Jeżeli wyjść z założenia, że zakażenie gośćcowe jest jednolitej natury, w takim razie sprawa jest trudna do wytłumaczenia i należy także myśleć o nieodpowiednim antygenie lub wadliwej technice; wobec tego jednak, że gościec u dorosłych jest najprawdopodobniej różnej etiologii, a jednolity jest raczej odczyn ustroju, wyniki omawiane dają się łatwiej wytłumaczyć i należało by dążyć do tego, by łączyć pewne antygeny reumatyczne, nadając w ten sposób odczynowi BBF wielowartościowość gośćcową.

Może byłoby to tym bardziej pożądane, że i tak obecnie otrzymanie antygenu jest rzeczą trudną.

Pobierając materiał dla antygenu od dorosłych, narazić się trzeba wprawdzie na inne liczne niebezpieczeństwa, natomiast ta droga odpowiadałaby bardziej postulatowi różnej etiologii gośćca u dorosłych.

Drugą zastanawiającą sprawą jest dodatni odczyn BBF w sprawach niegośćcowej natury i to prawie w połowie zbadanych przypadków.

Tu należało by podkreślić trudności rozpoznawcze kliniczne pod tym względem i można by przypuścić, że mimo wszystko, część winy leży w klinicznym rozpoznaniu. Ale w tej grupie widzimy dodatni odczyn BBF w 4 przypadkach zapalenia stawów na tle rzeżączki, stwierdzonej nie tylko objawami klinicznymi, lecz i przyznaniem się chorego do zakażenia, znalezieniem dwoinek Neissera w narządach moczowych lub płciowych, a przede wszystkim dodatnim odczynem gonokokowym. Pomijam tu wyniki leczenia, gdyż dodatni wynik leczenia szczepionką gonokokową, według nas, mniej przemawia za swoistością choroby, gdyż otrzymywaliśmy dobre wyniki za pomocą tej szczepionki także w przypadkach niewątpliwej choroby gośćcowej, choć reakcje są tam wyraźnie słabsze. Zatem wyniki tej grupy nie przemawiają za swoistością odczynu BBF.

Inne tłumaczenie powyższych wyników, a mianowicie zbytnia czułość antygenu BBF, nie może się ostać wobec faktu wyżej omówionego, że w 1/3 przypadków niewątpliwego gośćca, odczyn BBF wypadł ujemnie. Przyjęcie współistnienia zapalenia stawów rzeżączkowego i choroby gośćcowej w obserwowanych przez nas 4 przypadkach, wydaje się nieco wymuszone, choć mamy w obserwacji przypadek rzeżączkowego zapalenia stawów z ujemnym odczynem BBF.

Zdajemy sobie sprawę, że liczba naszych spostrzeżeń jest zbyt mała, aby można było przesądzać sprawę i stawiać jakieś pewne wnioski w szczegółach, sądzimy jednak, że, bez względu na liczbę, fakty wyżej podane mają swoją wymowę.

Za koniecznością dalszych badań przemawia także jeszcze jedna okoliczność: w 5 przypadkach ponawialiśmy badania odczynu BBF u tych samych chorych w okresach miesięcy lub pa-

ru dni. Wyniki były różne co do nasilenia odczynu, a nawet obok dodatniego otrzymywaliśmy i ujemny (np. przyp. 4). U jednych chorych stosowano leki (salicyl, złoto), u innych nie stosowano nic. Poza tym i stan ogólny chorych ulegał zmianom nierównoległym z odczynem BBF. Nieliczne te badania nie wniosły jednak nic nowego.

Powyższe zastrzeżenia i wątpliwości nie pozwalają nam jeszcze polecić odczynu BBF dla badań klinicznych, gdyż w obecnym stanie odczyn ten nie posiada jeszcze należytego charakteru.

Natomiast odczyn ten zasługuje nie tylko na uwagę, ale i na dalsze badania. Za tym przemawia fakt, że na 45 przypadków chorób niewątpliwie niegośćcowych odczyn BBF wypadł ujemnie 40 razy, na 42 przypadków niewątpliwego i prawdopodobnego gośćca, odczyn BBF wypadł dodatnio w 2/3 przypadków.

Nie sądzimy, by już dziś był czas rozpatrywać problem, czy odczyn BBF jest wyrazicielem czynnej sprawy chorobowej, czy też istnienia przeciwciał jako dowodu przebytego zakażenia.

Zestawienie

Grupa I. — choroby stawów — 36 przypadków (BBF +: 21 przypadków),

w tym: a) gościec klinicznie niewątpliwy — 23 przypadki (BBF +: 15 przypadków),

b) o innej etiologii (kiła, rzeżączka, gruźlica i inne) — 13 przypadków (BBF +: 6 przypadków).

Grupa II. — Choroby innych narządów — 64 przypadki (BBF +: 18 przypadków),

w tym: a) schorzenia o etiologii prawdopodobnie gośćcowej, np.: wady serca — 19 przypadków (BBF+: 13 przypadków),

b) schorzenia dróg żółciowych z uszkodzeniem wątroby — 5 przypadków (BBF +: 1 przypadek),

c) choroby niegośćcowe — 40 przypadków (BBF +: 4 przypadki).

Piśmiennictwo:

Brokman H., Brill J. i Frendzel J.: Med. Dośw. i Społ. T. XX. Z. 5—6. 1936. — Brokman H., Brill J. i Frendzel J.: Extrait des Comptes rendus de séances de la Société de Biologie. T. CXX, a. 1935. — Brokman H., Brill J. i Frendzel J.: Warsz. Czasop. Lek. Nr 34. R. XIII. 1936.

Tadeusz CEYPEK i Janusz PASZKOWSKI Lwów

Zastosowanie lecznicze Antistreptyny w Klinice Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani U. J. K. we Lwowie

Z Kliniki Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. dr T. Zalewski

Połączenia sulfamidowe w ostatnich trzech latach znalazły bardzo szerokie zastosowanie w zakażeniach paciorkowcowych. W miarę poznawania właściwości związków sulfamidowych, zakres ich działania rozszerzono i objęto również zakażenia wywołane przez gronkowce, dwoinki zapalenia opon mózgowych, pałeczkę okrężnicy i inne.

Typowym przetworem wśród tych związków jest Antistreptyna „Geo", zawierająca grupę para-aminobenzenosulfamidową w jej czystej postaci.

Na naszej Klinice stosujemy Antistreptynę od roku, a wyniki, jakie otrzymaliśmy, zachęciły nas do ich ogłoszenia.

Statystyka nasza obejmuje 23 chorych leczonych klinicznie, którzy prawie wszyscy zgłaszali się w stanie bardzo ciężkim. Poza tym było około 60 przypadków ambulatoryjnych. Przypadki kliniczne obejmowały przede wszystkim schorzenia uszu i ich powikłania; ambulatoryjne — głównie schorzenia jamy ustnej i gardła. Z 23 wspomnianych chorych klinicznie, jedynie u 4 podawanie Antistreptyny pozostało bez wpływu; reszta, jak również wszystkie przypadki ambulatoryjne zostały wyleczone.

Na naszej Klinice stosowaliśmy Antistreptynę doustnie — w postaci tabletek po 0.3 g i pozajelitowo — w postaci wstrzykiwań *„15% Antistreptin solubile"*.

Najszersze zastosowanie znalazła Antistreptyna w tabletkach z powodu łatwości w podawaniu. *„Antistreptin solubile"* zasługuje jednak w wielu wypadkach na specjalną uwagę ze względu na wysokie stężenie roztworu (15%).

Chorym naszym podawaliśmy Antistreptynę według następującego schematu:

do lat 10	2—4 tabletek dziennie,
do lat 15	4—6 tabletek dziennie,
powyżej lat 15	do 8 tabletek dziennie.

Pozajelitowo stosowaliśmy *„15% Antistreptin solubile"* domięśniowo, dożylnie i dordzeniowo, w zależności od przypadku, i nie widzieliśmy przy tym żadnych objawów ubocznych. Na podkreślenie zasługuje brak toksyczności przetworu, mimo podawania dużych dawek i to przez długi czas. W jednym z naszych przypadków otrzymała 11-letnia dziewczynka 156 tabletek po 0.3 g w ciągu 39 dni, tj. 46.8 g Antistreptyny bez żadnych objawów zatrucia.

Zaprzestawaliśmy podawania Antistreptyny po paru dniach bezgorączkowych.

Antistreptynę stosowaliśmy w różnych schorzeniach z naszej specjalności i otrzymaliśmy następujące wyniki:

I. *Schorzenia jamy ustnej i gardła.*

a) *Stomatitis* — szybkie ustępowanie objawów ogólnych i miejscowych.

b) *Angina lacunaris acuta* — spadek ciepłoty do normy w drugim lub trzecim dniu podawania Antistreptyny, szybkie oczyszczanie się z nalotów i ustępowanie miejscowego stanu zapalnego, brak powikłań, jak *nephritis, poliarthritis* itp.

c) *Abscessus peritonsillaris* — w razie braku poprawy mimo nacięcia — powrót ciepłoty w ciągu 2 dni do stanu prawidłowego.

d) *Angina Ludovici et glossitis* — podawano Antistreptynę oprócz leczenia miejscowego i propidonu — znacznie szybsza poprawa w porównaniu z przypadkami, gdzie Antistreptyny nie podawano.

e) *Parotitis epidemica* — spadek ciepłoty do stanu prawidłowego już po pierwszym lub drugim dniu leczenia, zmniejszenie się obrzęku ślinianek.

II. *Schorzenia nosa.*

Ezema — et furunculosis vestibuli nasi — ustępowanie objawów miejscowych.

III. *Schorzenia uszu.*

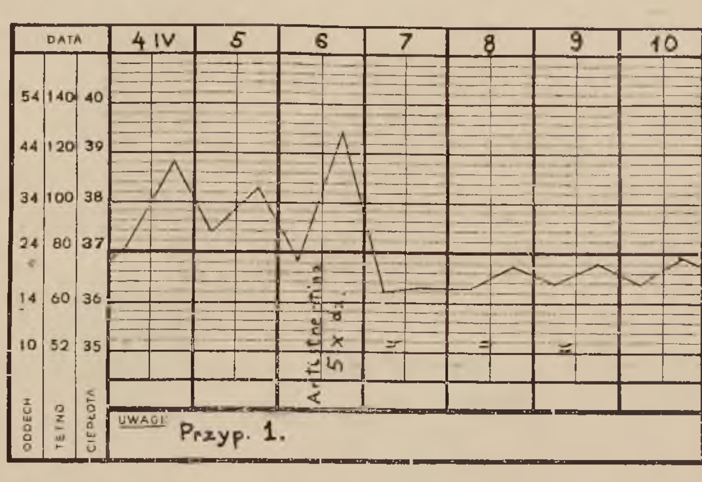
a) *Otitis externa acuta* — spadek ciepłoty, szybkie ustępowanie objawów miejscowych.

b) *Otitis media suppurativa acuta* — w przypadkach wczesnych, gdzie Roentgen nie wykazywał zniszczenia — szybki spadek ciepłoty, poprawa stanu ogólnego i miejscowego, prowadząca do wyleczenia; w przypadkach o przebiegu gwałtownym, w których Roentgen wykazywał zniszczenie i gdzie doszło do antrotomii, a wysoka ciepłota ciała nadal się utrzymywała mimo zabiegu, obserwowaliśmy w parę dni po zastosowaniu Antistreptyny spadek gorączki i ogólną poprawę.

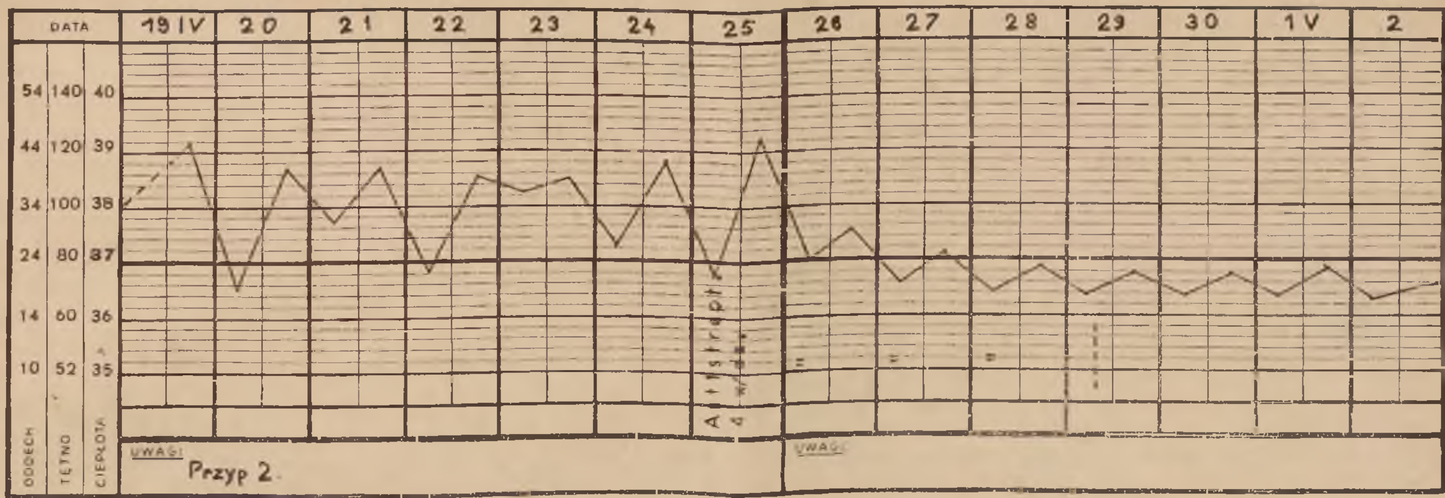
c) *Otitis media suppurativa chronica*, a właściwie jej powikłania, jak *thrombosinuitis, meningitis, sepsis*, a więc w stanach bardzo ciężkich i często już uważanych za beznadziejne podawaliśmy Antistreptynę w dużych dawkach i w 70% otrzymywaliśmy wyleczenie.

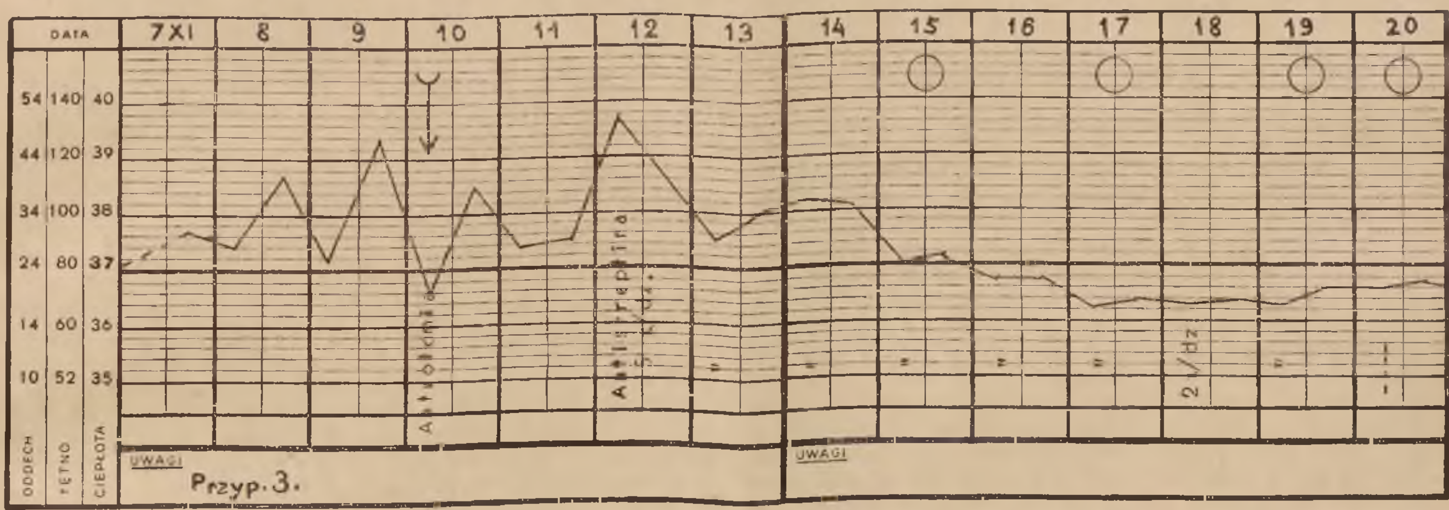
Ponadto stosujemy Antistreptynę z wynikiem pomyślnym we wszystkich przypadkach gorączkowych, zwłaszcza pooperacyjnych, gdzie można było przypuszczać, że ciepłota utrzymuje się na tle zakażenia paciorkowcami.

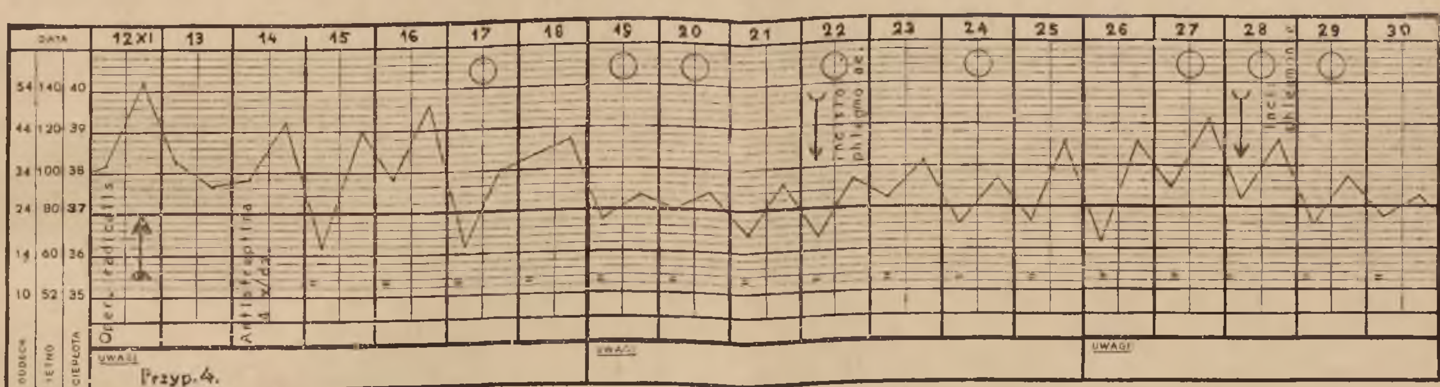
Dla przykładu przytaczamy wyciągi z kilku historyj chorób wraz z kartami gorączkowymi:

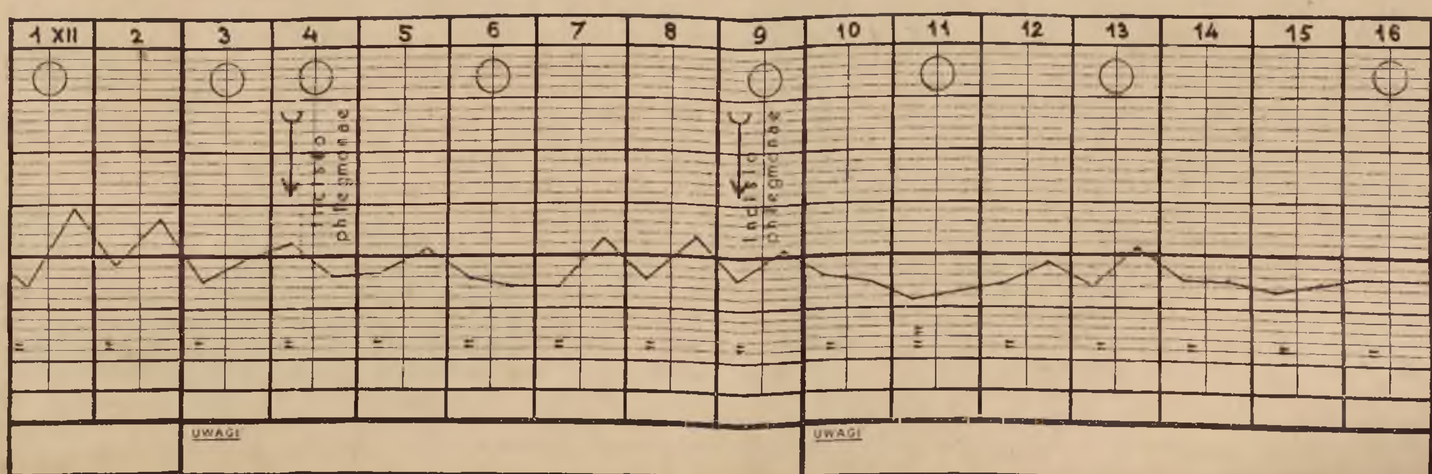


Przypadek I. *Parotitis epidemica.* F. I., lat 8, po podaniu 20 tabletek Antistreptyny, w ciągu 4 dni po 5 tabletek dziennie, szybki spadek gorączki i wyleczenie.


DATA
19 IV
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
1 V
2
ODDECH
TĘTNO
CIEPŁOTA
Antistrept. 4 x/dz.
UWAGI
Przyp. 2.
UWAGI


DATA
7 XI
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
ODDECH
TĘTNO
CIEPŁOTA
Antistreptina
2 x/dz
UWAGI
Przyp. 3.
UWAGI


DATA
12 XI
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
Oper. radicalis
Antistreptina 4 x/dz
Incisio phlegmonae
ODDECH
TĘTNO
CIEPŁOTA
UWAGI
Przyp. 4.
UWAGI
UWAGI


1 XII
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
Incisio phlegmonae
Incisio phlegmonae
UWAGI
UWAGI

Przypadek II. *Otitis suppurativa acuta ambilateralis.* Z. A., lat 33.

Od 6 dni gorączka, bóle głowy, obu uszu i obustronny wyciek ropny. Siódmego dnia zastosowano Antistreptynę 4 razy dziennie po 1 tabletce. Następnego dnia spadek gorączki, samopoczucie dobre. Po 4 dniach ciepłota prawidłowa, wydzielina z uszu zmniejszyła się; gorączka więcej nie wystąpiła, a po dalszych 8 dniach chorą wypisano do domu, przy czym utrzymywała się jedynie nieznaczna wydzielina z uszu.

Przypadek III. *Otitis media suppurativa acuta ambilateralis. Antrotomia sinistra.* Z. M., lat 15.

Od 2 tygodni gorączka, strzykanie, ból i wyciek z ucha lewego. Od 4 dni ból i strzykanie również w uchu prawym. Chora czuje się bardzo źle, piątego dnia przebicie błony bębenkowej ucha prawego; obfity wyciek ropny. Brak poprawy, ciepłota około 39°, bolesność lewego wyrostka sutkowego. Po dalszych dwóch dniach wykonano zdłutowanie wyrostka sutkowego lewego i stwierdzono rozległe zniszczenie. Po operacji ciepłota nieco opadła, chora jednak nie czuje się lepiej, wystąpiły silne bóle głowy; drugiego dnia po operacji ciepłota podniosła się do 39.7°. Chorej zaczęto podawać Antistreptynę 5 razy dziennie po 1 tabletce. Ciepłota opadła w ciągu 4 dni do stanu prawidłowego. Stan ogólny i miejscowy w uchu prawym, nieoperowanym, również znacznie się poprawił. Wyleczenie.

Przypadek IV. *Otitis media suppurativa chronica dextra, exacerbans, Mastoiditis, Sepsis, Operatio radicalis auris dextri.* W. G., lat 11.

Od przeszło 1/2 roku choruje na ucho prawe. Obecnie silne zaostrzenie, gorączka do 40°. Chora w chwili przyjęcia znajdowała się w stanie bardzo ciężkim, ciepłota 40.2°, nieprzytomna, przystąpiono natychmiast do zabiegu. Zniszczenie duże, zwłaszcza w otoczeniu zatoki, której ściany były zgrubiałe. Mimo zabiegu (12. XI.) chora czuje się źle, skarży się na bóle w rękach i nogach. Od dnia 14. XI. podaje się Antistreptynę 4 razy dziennie po 1 tabletce. Pediatra nie stwierdził zmian w narządach wewnętrznych. Stan nadal ciężki, gorączka o charakterze septycznym. Rana pooperacyjna czysta. Bóle w rękach i nogach ustąpiły, natomiast w okolicy krzyżowej pojawiła się bolesność, zaczerwienienie i obrzęk. Dnia 22. XI. nacięcie bardzo rozległego ropnia na pośladku lewym. Po paru dniach bóle w lewym podudziu. Dnia 28. XI. nacięcie ropnia lewego podudzia, sięgającego od stawu skokowego do kolanowego. Ciepłota ciągle septyczna, stan ciężki, chora często majaczy. Dnia 4. XII. nacięcie ropnia prawego podudzia, a dnia 9. XII. po stronie przyśrodkowej poniżej stawu skokowego prawego. Ciepłota powoli zaczęła się obniżać i po paru dniach spadła do stanu prawidłowego, a ogólny stan chorej również zaczął się szybko poprawiać. Rana pooperacyjna, jak też rany po nacięciach ropni czyste, goiły się bardzo dobrze. Wyleczenie. Badanie bakteriologiczne wykazało w ropie paciorkowca niehemolizującego. Chora dostawała Antistreptynę przez 39 dni po 4 tabletki dziennie.

Przypadek V. *Otitis media suppurativa chronica sinistra, Meningitis. Operatio radicalis, Retrepanatio.* P. S., lat 26.

Przed 7 laty chorował na obustronne zapalenie ropne uszu. Od tego czasu na uszy nie cierpiał. Obecnie od 5 dni duży wyciek z ucha lewego i bolesność wyrostka sutkowego.

Na Klinice stwierdzono przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego lewego, silnie zaostrzone i zapalenie wyrostka sutkowego. Chory skarży się na zawroty głowy i jest nieco zamroczony. Ciepłota około 37°. Przystąpiono zaraz do zabiegu, wykonując operację doszczętną (21. I.). Stwierdzono duże zniszczenie i perlaka w jamie sutkowej. Po jednodniowej nieznacznej poprawie nastąpiło pogorszenie, które objawiło się podwyższeniem ciepłoty, silnymi zawrotami głowy, wystąpieniem oczopląsu, lekkim porażeniem nerwu twarzowego oraz wyraźnie zaznaczoną sztywnością karku. Punkcja lędźwiowa wykazała: płyn wodo-jasny wydobywający się pod ciśnieniem nieco wzmożonym, Pandy +++, leukocytów 1.024/3, limfocytów 0/3.

Wstrzyknięto dolędźwiowo 5 cm³ 15% Antistreptyny. Doustnie zaczęto podawać Antistreptynę w pastylkach 6 razy dziennie. W ciągu kilku następnych dni chory otrzymał jeszcze kilka zastrzyków dolędźwiowych. Ostatnia punkcja wykazała płyn mózgowo-rdzeniowy prawidłowy, sztywność karku ustąpiła. Ponieważ jednak inne objawy nie tylko nie ustąpiły, lecz jeszcze się nasiliły i podejrzewano ropień mózgu, wykonano dnia 14. II. retrepanację: odsłonięto opony środkowego i tylnego dołu czaszkowego, nakłuto mózg, lecz ropnia nie znaleziono. Choremu oprócz podawania doustnie stosuje się 2 razy dziennie Antistreptynę w zastrzykach domięśniowych po 5 cm³; poza tym chory otrzymuje 3 razy dziennie piramidon i brom z luminalem. Wszystkie objawy zaczęły ustępować i chory po 4 tygodniach powrócił do stanu zupełnie prawidłowego.

Wnioski

Na zasadzie przytoczonego przez nas zestawienia schorzeń i uzyskanych wyników leczniczych, możemy stwierdzić, że Antistreptyna daje bardzo wysoki odsetek wyleczeń, nawet w przypadkach najcięższych i winna znaleźć szerokie zastosowanie w naszej specjalności.

Dr Adam STADNICKI Lwów

Rak płuca

Z Oddziału Wewnętrznego I Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie
Ordynator: Doc. dr Wincenty Czernecki

Ciąg dalszy

Wedle badań Gueneau de Mussy i Barety (przyt. za Sučićem wedle Sergenta), dają się odróżnić w śródpiersiu 3 grupy gruczołów: 1) grupa tylna *aortico-oesophagea,* 2) grupa przednia wzdłuż *a. mammaria interna* i 3) grupa środkowa, rozpadająca się na 2 podgrupy: a) *intertracheobronchialis* poniżej *bifurcatio tracheae* oraz b) *iuxta trachealis* prawa i lewa. Ostatnie obie podgrupy znajdują się w kącie między tchawicą a głównym oskrzelem tak, że prawa podgrupa *iuxta trachealis* pozostaje w związku z *vena cava superior, v. azygos, n. vagus* i prawym *n. recurrens,* a lewa z lewym *n. recurrens.*

Przy przerzutach do prawej podgrupy przychodzi do ucisku i objawów zastoju w żyle próżnej górnej, której ściana jest bardzo podatna na zewnętrzny ucisk. Natomiast przerzuty do lewej grupy iuxtatrachealnej powodują uszkodzenia lewego *n. recurrens,* który już w zwykłych warunkach przechodzi przez większe nagromadzenie gruczołów w lewym kącie tchawiczo-oskrzelowym. Rak oskrzela daje częściej i większe przerzuty do gruczołów tchawiczo-oskrzelowych strony chorej, stąd przy nowotworach prawego płuca jest bardziej narażona żyła próżna górna, a przy guzie lewego oskrzela, lewy *n. recurrens.* Na porażenie n. przeponowego wskazuje zastępcze wdechowe intensywne poruszanie części podobojczykowej klatki piersiowej po stronie chorej (Radoničić przyt. za Sučićem), a w obrazie rentgenowskim przepona po stronie chorej jest w tych razach nieruchoma i wyżej ustawiona. Uszkodzenie nerwu zwrotnego *(n. recurrens)* jednostronne prowadzi do chrypki, częściej jednak przy jednostronnym niedowładzie jest głos zmieniony, ale tylko nieznacznie, wskutek wyrównawczej czynności mięśni krtaniowych strony zdrowej. W tych razach uniknie się przeoczenia, jeśli wykonamy wziernikowanie krtani.

Uszkodzenie pozostałych dwóch pni nerwowych (n. błędny i współczulny), przechodzących przez śródpiersie są rzadsze. Podrażnieniem n. błędnego starano się tłumaczyć występowanie napadowego kaszlu, a dalej przy guzach oskrzeli, szerzących się w okolicy wnęki i uszkadzających n. błędny tłumaczą (Hess L. i J. Faltitschek) występowania zaparcia o typie wstępującym Stierlina i częściowy skurcz *antrum* żołądka, którego charakterystycznymi cechami są zwężenie o ostrych brzegach, zniesienie w tej części ruchów robaczkowych i pozostawienie otworem odźwiernika. Stwierdzenie takich objawów przy wykazaniu jednostronnych zmian we wnęce, stwierdzalnych rentgenologicznie, może posiadać bardzo duże znaczenie dla rozpoznania.

Uszkodzenia n. współczulnego objawiają się w postaci obj. Hornera, częściej jednak w postaci nierówności źrenic, przy czym źrenica szersza znajduje się po stronie chorej.

Przerzuty do tylnego śródpiersia uciskają na przełyk, wywołując objawy zaburzeń połykowych. Rzadziej zdarza się, że ściany przełyku są tak zajęte przez przerzuty nowotworowe, że stan ten może imponować tak klinicznie, jak i rentgenologicznie jako pierwotny rak przełyku. Zazwyczaj śródpiersie jest przepchane przez przerzuty na stronę zdrową tak, że przy wypuku z tyłu stłumienie znajdować się może po stronie zdrowej, co może nawet prowadzić do pomyłek rozpoznawczych.

Stosunkowo częste są przy raku oskrzela przerzuty do mózgu, usadawiające się w okolicy *art. fossae Sylvii.* Następstwem przerzutu do mózgu są objawy wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego, a dalej objawy połowiczego porażenia. Przy badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego stwierdza się oprócz wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego silnie dodatni wynik reakcji białkowej, co razem po wykluczeniu zmian oponowych i kiłowych przemawia za guzem w mózgu.

Badanie cytologiczne płynu nie wykazuje prawie zmian, gdyż stwierdza się zaledwie nieznaczne wzmożenie ilości ciałek białych.

Przerzuty do kręgosłupa dają objawy uciskowe i porażenne, naśladując objawy *spondylitis* czy *myelitis transversa*. Fried i Bucley opisują 37 przypadków pierwotnego raka oskrzela, z czego w 15 przypadkach wykazano przerzuty do centralnego układu nerwowego. U 11 rozpoznano nawet pierwotny guz mózgu, gdyż nowotwór oskrzela nie był rozpoznawany. Autorzy na podstawie materiału dochodzą do wniosku, że błyskawiczny rozwój nowotworu wśródczaszkowego u ludzi w średnim wieku musi budzić pewne podejrzenie o sprawę nowotworową przeważnie przerzutową z punktem wyjścia w płucach.

Powstawanie przerzutów do mózgu tłumaczy się tym, że zatory dostają się tutaj drogą żył płucnych do lewego serca, a stąd do dużego krążenia, podczas gdy przerzuty z innych narządów muszą przejść przez prawe serce do płuc i tam częściowo zostają zatrzymane.

Przerzuty do wątroby u ludzi starszym mogą naśladować przy braku objawów ze strony płuc, objawy niedomogi serca.

Powikłania ze strony opłucnej w postaci wysięku są dość częste. Obok zmian typowych dla każdego wysięku posiadają one jeszcze pewne swoiste cechy charakterystyczne. Jedną z nich jest niestosunek małego wysięku do objawów znacznej duszności, a dalej brak ulgi po upuście płynu, przy czym stłumienie może się utrzymywać po upuście płynu prawie w dawnych granicach lub tylko nieznacznie się obniżyć, a wreszcie szybkie narastanie płynu po upuście z wolnym narastaniem przed upustem.

Wygląd samego płynu nie posiada właściwie cech patognomicznych dla tego schorzenia. Wysięk może być surowiczy, krwawy, ropny, a nawet koloru czekoladowego. Wysięk surowiczy może mieć charakter przesięku bez cech zapalnych, a komórki sygnetowe opisane przez Stadelmanna i Picka nie są wcale charakterystyczne dla sprawy nowotworowej, gdyż są one tylko wyrazem zwyrodnienia komórek śródbłonka, rzadziej komórek nowotworowych, a nawet mogą występować przy wysiękach gruźliczych (Sučić).

Wysięki krwawe mogą być zarówno pochodzenia gruźliczego jak i nowotworowego. W płynach pochodzenia nowotworowego daje się bardzo często znaleźć komórki podobne do śródbłonka wyścielającego jamy surowicze, cechujące się pewną nietypowością budowy. Komórki te są większe od komórek śródbłonka i posiadają duże jądra w stosunku do protoplazmy. Zarówno budowa chromatyny jądrowej, jako też liczba, a przede wszystkim wymiar jąderek pozwalają na odróżnienie od śródbłonków (Grabowski W. i Olszewski K.). Protoplazma komórek nowotworowych barwi się bardziej intensywnie. Różna wielkość komórek i ich postaci, obecność mitoz, a czasami płatowe występowanie przemawiają za pochodzeniem nowotworowym (Nowicki). Zmiany wsteczne zarówno tłuszczowe, jak i wodniczkowe nie są bezwzględnie charakterystyczne dla wysięków nowotworowych.

Dla wysięku krwawego, pochodzenia nowotworowego jest to charakterystyczne, że nawet bardzo wielkie dawki tuberkuliny nie wywołują podwyżki ciepłoty ani też reaktywnej poliurii (Mayerhofer).

Wynik prześwietlenia rentgenowskiego jest najczęściej ujemny, gdyż jednostajne zaciemnienie pola płucnego nie pozwala na wykrycie podstawowego cierpienia. Czasami dopiero upust płynu i założenie sztucznej odmy ułatwiają postawienie właściwego rozpoznania.

Badanie rentgenowskie należy obecnie do jednej z bardzo ważnych metod rozpoznawczych. Rozwój diagnostyki rentgenologicznej raka płuc łączy się z pojawianiem się coraz to nowych publikacyj, przy czym zapatrywania autorów na znaczenie obrazu rentgenowskiego dla rozpoznania raka oskrzela są nieraz krańcowo różne. Jedni przypisują obrazowi rentgenowskiemu dużą wartość, inni zaś widzą w nim tylko wartościowe badanie pomocnicze, dochodząc do wniosku, że właściwie nie ma ściśle patognomicznego obrazu dla raka płuc.

Sam nowotwór stosownie do punktu wyjścia i różnych sposobów szerzenia się, posiada różny wygląd, rosnąc w sposób ekscentryczny (ekspansywny) i naciekowy (infiltracyjny). Wzrost ekspansywny polega na rozrastaniu się nowotworu od środka, przy czym obwodowa część nowotworu rozpycha otaczającą tkankę niezmienioną nowotworowo, która zostaje uciśnięta, ostro odgraniczając się od guza nowotworowego. Przy wzroście naciekowym, czyli obwodowym, wnika tkanka nowotworowa w zdrowe otoczenie, wskutek czego wzrost naciekowy jest ciągły. Granice nowotworu w obrazie rentgenowskim są ostre przy wzroście ekspansywnym, a zatarte przy wzroście naciekowym. Różne postacie, pod jakimi może występować pierwotny rak płuca, dają taką różnorodność obrazów rentgenowskich, że niemożliwe staje się znaleźć dla raka płuc obraz mniej lub więcej charakterystyczny.

Pierwotny rak oskrzela ograniczony ściśle do błony śluzowej w postaci naciekowej, zwężającej światło oskrzela, czy polipowatej, jest bardzo trudno rozpoznać w Roentgenie i dotychczas brak takiego opisu. Dopiero dołączające się zmiany wtórne, w postaci znacznego zwężenia i następowej niedodmy lub też zapalenia płuc, dają mniej lub więcej charakterystyczne zmiany w obrazie rentgenowskim.

Rak okolicy wnęki uważa Assmann (przyt. za Lenkiem) za dość często występujący, Otten zaś i Lenk przyjmują że jest on dość rzadki.

Nowotwór, wychodzący z oskrzela, przebijający jego ścianę i szerzący się w tkance płucnej wzdłuż oskrzeli i naczyń chłonnych, daje te same obrazy co procesy rozpadowe w gruźlicy płuc. W okolicy wnęki stwierdza się w obrazie rentgenowskim cień o kształcie nieregularnym, jednolity. Jeżeli w obrębie guza jest tkanka płuc miejscami zniszczona, to obraz jest więcej niejednolity, przy zachowanych pasmach zdrowej tkanki płuc. Kontury guza muszą być nieregularne, gdyż nigdzie nie jest on przykryty przez opłucną. Posuwanie się ku obwodowi występuje w obrazie rentgenowskim jako pasma rozchodzące się promienisto od guza, tzw. „*Krebsfüse*".

Forma guzowata wśródpłatowa raka płuc należy do rzadkich postaci, zajmując dowolne położenie w polu płuca i rosnąc ekspansywnie daje w obrazie rentgenowskim cień, który jest jednostajny, prawie kulisty, a przede wszystkich ze wszystkich stron ostro odgraniczony.

Przy postaciach przejściowych między postacią rosnącą ekspansywnie a naciekowo przy zachowaniu kształtu występuje lekka nieregularność i nieostrość granic, jako wyraz szerzenia się naciekowego.

Do guzów z granicami ostrymi należą nowotwory dobrotliwe albo twory podobne do nich, wśród nich wymienić należy także bąblowca.

Nieostrość granic w obrazie rentgenowskim może być także wyrazem dołączającego się stanu zapalnego. Przy stwierdzonej nieregularności i nieostrości konturów cienia o kształcie okrągłym, należy jeszcze myśleć o sprawie złośliwej, np. mięsaku płuca.

Podobny obraz może dawać również ziarnica limfatyczna. Przerzuty przedstawiają się zwykle w postaci wielokrotnych ognisk, najczęściej okrągłych, chociaż mogą występować także jako poszczególne guzy, wtedy rozpoznanie jest trudne i należy szukać pierwotnego ogniska. Cysty dermoidalne, *neuro fibroma* lub *ganglioneuroma* dają również podobne ostro odgraniczone guzy, wielki, jednostronny, podmostkowy guz wola pozwala się odróżnić przez ruchomość przy kaszlu i połykaniu. Tętniak tętnicy głównej, zwłaszcza w łuku, może dawać podobny obraz, brak tętnienia nie wyklucza tętniaka, gdyż powstałe w ścianach tętniaka złogi są tego przyczyną. Ważną natomiast cechą jest wykazanie rozszerzenia pozostałej części tętnicy głównej wstępującej. Drugi ważny szczegół, wedle Kienböcka, jest położenie owalu tętnicy głównej, w którym można sobie uzupełnić kontury części wstępującej i łuku. Tak przy normalnej, jak i tętniakowo rozszerzonej tętnicy głównej przebiega długa oś owalu skośnie od prawego dołu do lewej góry. Tętniaka tętnicy głównej można nie przyjąć, jeżeli w zakresie cienia da się wykazać normalny kontur tętnicy głównej, przerost serca przemawia również za tętniakiem. Bardzo trudne jest rozpoznanie przy uszypułowanym tętniaku siedzącym wąską podstawą na tętnicy głównej, a największy jego wymiar leży wtedy w płucu tak, że może naśladować guz płuca.

Wczesny naciek gruźliczy młodocianych może dawać odosobnione cienie o kształcie zbliżonym do okrągłego, o nieostrej jednak zwykle granicy, wielkości najwyżej śliwki z usadowieniem w polu podobojczykowym. Zdjęcia seryjne wyjaśniają istotę nacieku, a sam naciek cofa się albo ulega rozpadowi z wytworzeniem jamy.

Również ropień płuca może dawać podobny obraz jak rak płuca przy braku połączenia z oskrzelem. Po połączeniu występuje powierzchnia płynu z gazem ponad nią, sam zaś przebieg kliniczny jest inny.

Wyjątkowo jama z rozstrzeni oskrzela daje podobny obraz (Kienböck), a dalej zawał płuca, wtedy jednak tak klinicznie, jak i rentgenologicznie daje się wykazać objawy niewyrównania.

Otorbiony wysięk międzypłatowy daje czasami cień zbliżony do okrągłego. przy bliższym oglądaniu wykazuje postać charakterystyczną wrzecionowatą czy pasmowatą.

Otorbiony wysięk opłucnowy występuje jako okrągły cień, siedzący szeroką podstawą na ścianie klatki piersiowej.

Kiła płuc w postaci kilaka daje odosobniony, ostro odgraniczony cień, który jednak nie osiąga większych rozmiarów.

W wyjątkowych razach promienica daje obraz podobny do raka płuc.

Rak płatowy jest dość częstą postacią, pod którą występuje rak oskrzela. W obrazie rentgenowskim stwierdza się zaciemnienie, położone w okolicy brzegu płata płuc albo też zajmujące cały płat. Bardzo duże znaczenie ma kształt i ostrość jego granic. Tam, gdzie dochodzi do opłucnej, kontur jego jest zupełnie ostry i ma zwykle postać normalnej granicy płata, po drugiej stronie, po której guz wrasta do płata jest granica nieregularna i nieostra, dopiero po zajęciu całego płata jest granica jego ze wszystkich stron ostro odgraniczona. Duże znaczenie posiada zachowanie się granicy międzypłatowej, która przy raku oskrzela nie jest wklęsłą, czy prostą, lecz mniej lub więcej wypukłą tak, że płat płuca wydaje się wskutek tego większy (Lenk). Przy zniszczeniu blaszek opłucnowych i wrastaniu guza do sąsiedniego płata, granica staje się nieostra (Lenk), co ma jeszcze większe znaczenie wtedy, jeżeli w poprzednich obrazach udało się wykazać ostrość granic, dowodzi bowiem przerastania nowotworu do płata sąsiedniego.

Nowotwór płata środkowego występuje stosunkowo rzadko, zajmuje wtedy cały płat albo tylko jego szczyt i leży więcej centralnie w klatce piersiowej, dając objawy podobne, jak przy nowotworach innych płatów.

Nowotwory płatów dolnych, które są o wiele rzadsze niż płatów górnych, zajmują albo cały płat, albo tylko górną jego granicę przy szparze międzypłatowej. Górna granica jest ostra tylko przy odpowiednim sposobie prześwietlania; wypuklenia granicy międzypłatowej nie stwierdza się. Występowanie w obrazie rentgenowskim cech wzrostu ekspansywnego i naciekowego (wypuklenie ostre dolnej granicy międzypłatowej i nieostre szerzenie się w głąb płata) przemawiają za sprawą nowotworową. *Lymphangiosis carcinomatosa:* naczynia limfatyczne nacieczone nowotworowo występują w obrazie rentgenowskim jako ciemne pasemka, układające się siateczkowato, wykazując w miejscach przecięcia plamki mniejsze lub większe. Środek zmian stanowi wnęka strony chorej, skąd szerząc się ku obwodowi stają się włókienka coraz cieńsze, dochodząc nawet do obwodu powierzchni płuc.

Rysunek siateczki wydaje się gęstszy w częściach podstawowych płuca, niż w jego częściach górnych.

Od pasm pochodzących od naczyń krwionośnych płuc różni się tylko większym natężeniem cienia oraz tym, że pasemka nowotworowe idą nieco dalej do obwodu. Podobny obraz rentgenowski do *lymphangiosis carcinomatosa* dają w obrazie płuc: zastój w naczyniach płuc, gruźlica włóknista, rozstrzenie oskrzelowe i pylice płuc. Zastój w naczyniach płuc daje obraz podobny z tym, że ogólna jasność płuca zmniejsza się ku dołowi (ku podstawie płuca). Obraz gruźlicy włóknistej płuca cechuje się tym, że zajmuje głównie szczyty, brak siateczkowatego ułożenia pasm, które stają się ku obwodowi grubszymi. Rozstrzenie oskrzelowe cylindryczne wypełnione wydzieliną albo przy nacieku zapalnym, lub zwłóknieniu w tkance okołooskrzelowej dają obraz podobny z umiejscowieniem przywnękowym. Dla rozstrzygnięcia sprawy konieczne są tutaj badania kontrolne. Pylice płuc prowadzą do podobnych obrazów, szerzą się jednak symetrycznie tak w okolicy wnękowej, jak i podszczytowej. Prosówka rakowa różni się tym od gruźliczej, że ogniska przybierają tak na wielkości, jak i gęstości ku dołowi przy raku płuc, a ku górze przy gruźlicy.

Duże znaczenie dla rozpoznania mają, dołączające się do uprzednich objawów, objawy zwężenia oskrzela i przerzuty do gruczołów. Zwężenie oskrzela prowadzi do wędrowania śródpiersia przy wdechu (obj. Holzknechta-Jakobsohna). Objaw ten rzadko zdarza się w praktyce, gdyż rzadko kiedy dochodzi do tak znacznego zwężenia oskrzela (do 1/3), a dalej śródpiersie zostaje utwierdzone przez zrosty i przerzuty, a dołączająca się niedodma powoduje trwałe wciągnięcie śródpiersia i przemieszczenie go na stronę chorą tak przy wdechu, jak i w spokoju. „Wędrowanie śródpiersia" a nawet trwałe jego wciągnięcie powodują większe nacieki w płucu lub wysięki do opłucnej, a dalej przy *kyphoscoliosis* może być śródpiersie wciągnięte na stronę wklęsłą. Podobnie jak śródpiersie, zachowuje się także przepona, która wykazuje wysokie ustawienie oraz ograniczoną ruchomość. Przepona może dalej ustawiać się kątowato, przy czym część boczna przepony obniża się ku dołowi, a część środkowa unosi się ku górze, a to tylko wtedy, jeżeli nie ma ustalenia śródpiersia albo uszkodzenia *n. phrenicus.*

Objawy wentylowego zwężenia oskrzela polegają na tym, że dostające się przy wdechu powietrze nie może wydostać się przy wydechu, powodując wydechowe wypełnienie powietrzem odpowiedniego odcinka płuc. Wskutek tego powstaje znacznego stopnia wydechowe wyjaśnienie strony chorej, z przesunięciem śródpiersia na stronę zdrową.

Niedodma przyczynia się do powiększenia się cienia, wywołanego przez sprawę nowotworową. Przy zupełnym zamknięciu oskrzela i wessaniu się powietrza jest natężenie cienia tak intensywne, jak i samego guza nowotworowego. Przy niecałkowitym wessaniu powietrza nasycenie cienia, wywołanego niedodmą jest mniejsze, niż guza nowotworowego.

Przy niedodmie znacznego stopnia przychodzi dalej do znacznego zmniejszania się, odpowiedniego odcinka pola płucnego obok zastępczej rozedmy w innych płatach przy braku pozaciągania klatki piersiowej.

Podobne objawy zmniejszenia się płata powstają nie tylko wskutek raka płuc, ale także wskutek gruźlicy i przewlekłego zapalenia płuc, wtedy także narządy śródpiersia lub tylko samo śródpiersie są przeciągnięte. Przechodzenie sprawy nowotworowej na poszczególne pnie oskrzelowe zaznacza się w obrazie rentgenowskim występowaniem coraz to nowych zaciemnień, widocznych zwłaszcza na obrazach seryjnych, odpowiadających odpowiednim płatom (Schmoller).

Odmiennie od Schmollera Fleischner tłumaczy sobie powstawanie tego rodzaju cieni rozwijaniem się zapalenia. Rozpad raka oskrzela tak samoistny, jak i po naświetlaniu prowadzi do zmniejszania się niedodmy, co zaznacza się w cofaniu się cienia, który później ponownie szybko narasta.

Do zwężenia oskrzela prowadzą tak dobrotliwe (wyjątkowo tylko), jak i złośliwe nowotwory samego oskrzela, a dalej sprawy uciskowe z zewnątrz np. tętniak łuku tętnicy głównej, co sprawia nieraz duże trudności rozpoznawcze (oskrzele wykazuje wtedy w obrazie rentgenowskim objawy ucisku z ostrymi konturami ściany). Zmiany zapalne, tak częste powikłania raka oskrzela, dają w obrazie rentgenowskim cień, nie różniący się często od cienia samego raka płuc. Czasem daje się wykazać w cieniu ciemniejsze jądro, które odpowiada samej sprawie nowotworowej. Podobnie jak niedodma, może również i zapalenie cofnąć się, wtedy pozostaje resztka odpowiadająca sprawie nowotworowej. Cień pochodzenia zapalnego może nawet całkiem cofnąć się, jeżeli sprawa nowotworowa jest usadowiona tylko w samym świetle oskrzela. Cofanie się cienia zapalnego może dać powód do nieprzyjęcia sprawy nowotworowej, ponowne narastanie cienia (który może ulec następowemu wyjaśnieniu po wytworzeniu się jamy ropnia) prowadzi już zwykle do trafnego rozpoznania. Wyjątkowo tylko przyczynia się stan zapalny do wyjaśnienia sprawy (ujawnianie się guza wśródoskrzelowego), najczęściej jednak stan zapalny zaciemnia obraz chorobowy, a właściwego wyjaśnienia dostarcza obserwacja kliniczna (gorączka i inne objawy). Krwioplucie, występujące jeszcze przed gorączką, nieznaczna gorączka lub brak jej w czasie tworzenia się zapalenia lub ropnia przemawiają za nowotworową naturą sprawy chorobowej.

Kombinacja zwężenia oskrzela ze stanem zapalnym każą myśleć o raku oskrzela. Zmiany wsteczne w postaci rozpadu i wytwarzania się jamy są albo pochodzenia pozapalnego (ropień) albo też powstają w nacieku nowotworowym, dając się wykryć w obrazie rentgenowskim przy istniejącym połączeniu z oskrzelem i dostępie powietrza.

Przerzuty do gruczołów klatki piersiowej, zajmują gruczoły wnękowe, okołooskrzelowe, tchawiczo-oskrzelowe oraz gruczoły śródpiersia. Lenk dzieli przerzuty do śródpiersia na trzy grupy: 1) takie, przy których naciek nowotworowy i przerzut do gruczołów dają się osobno wykazać w obrazie rentgenowskim, 2) druga grupa wykazuje zmiany przerzutowe w śródpiersiu, które naśladują pierwotny guz śródpiersia bez zmian w płucu oraz 3) trzecia grupa, która wykazuje tylko naciek nowotworowy w płucu, a o istnieniu przerzutów wnioskuje się ze zmian następowych, jakie one wywołują.

Ściśle jednostronne występowanie przerzutów gruczołowych w śródpiersiu, nawet przy niecharakterystycznych zmianach w płucach, przemawia z dużym prawdopodobieństwem za rakiem oskrzela. Cień odpowiadający gruczołom jednolity, policykliczny (jakby złożony z kilku kul) początkowo jednostronny, w okresie późniejszym może stać się obustronny, a zmiany w gruczołach są niewidoczne, wtedy różnicowanie z ziarniakiem limfatycznym i mięsakiem limfatycznym jest trudne, gdyż one także zajmują obie strony śródpiersia.

Przy grupie drugiej, cechującej się brakiem zmian ze strony płuc tak klinicznych, jak i rentgenologicznych, zmiana jednostronna w śródpiersiu budzi podejrzenie na nowotwór w płucu, przy obustronnej zmianie pomocnymi przy różniczkowaniu są próbne naświetlanie i bronchografia.

Grupa trzecia: w obrazie rentgenowskim są jedynie zmiany w płucu.

Gruczoł, czy pakiet gruczołów, staje się wtedy widoczny, gdy przesuwa opłucną śródpiersiową do pola płucnego, co jest uwarunkowane normalną albo nieznacznie obniżoną zawartością powietrza w płucu. Stąd przerzuty do gruczołów, mimo swej częstości, rzadko tylko dają się wykazać, a o ich obecności sądzimy przez wykazanie wpływu na położenie oraz czynność sąsiadujących narządów (ograniczone zagłębienia, przemieszczenia, zwężenia tchawicy i przełyku).

Stwierdzenie zmian uciskowych w połączeniu ze zmianami w płucach przemawiają z dużym prawdopodobieństwem za rakiem płuca.

Z innych przyczyn przemieszczenia wymienić należy gruźlicę gruczołów, tętniaka tętnicy głównej oraz wól podmostkowy, który łatwo wykluczyć przez wykazanie ruchomości przy kaszlu i połykaniu. Wysięki międzypłatowe, dochodząc do opłucnej śródpiersiowej, powodują również zagłębienia w przełyku i tchawicy. Przemieszczenia przełyku i tchawicy powodują także zrosty lub proces zaciągający, toczący się po drugiej stronie, w tych razach przemieszczony narząd jest rozciągnięty, podczas gdy przy przepchaniu jest on spłaszczony.

Przerzuty mogą obmurowywać narządy (przełyk) i unieruchomiać je (unieruchomienie śródpiersia przez przerzuty). Porażenia n. przeponowego wskutek przerzutów powoduje wysokie ustawienie przepony, przy zniesionych albo paradoksalnych ruchach oddechowych. Guzy śródpiersia i czynniki toksyczne wyjątkowo tylko dają powód do porażeń przepony.

Wysięk opłucnowy najczęściej zakrywa sprawę nowotworową, którą można wykryć przez wypuszczenie płynu i wpuszczenie powietrza lub też (przy wysięku zajmującym 2/3 klatki) przez badanie w pozycji leżącej (L e n k), a wreszcie przez wykazanie istnienia zwężenia oskrzela lub przerzutów do gruczołów. Przemieszczenie śródpiersia na stronę wysięku opłucnowego uważa A s s m a n n za następstwo zwężenia oskrzela przez raka i następową niedodmę, a L e n k widział wdechowe „wędrowanie śródpiersia“ na stronę chorą przy wysięku opłucnowym.

Wyjątkowo tylko może być wdechowe lub trwałe wciągnięcie śródpiersia na stronę wysięku następstwem tylko samego utrudnienia dostępu powietrza do uciśniętego przez płyn płuca, najczęściej jest ono wyrazem zwężenia oskrzela przez sprawę nowotworową.

Istniejące przerzuty trudno wykazać przy wysięku. Porażona przez ucisk na n. przeponowy przepona zamiast podwyższenia może być obniżona ku dołowi, a ruch paradoksalny może być przy tym zachowany.

Wysięk międzypłatowy u ludzi starszych, nie podających w wywiadach poprzedzającego zapalenia płuc, budzi podejrzenie na raka oskrzela.

Pozaciąganie płata płuc i zmniejszanie się jego wymiarów mogą być przy raku płuc następstwem nie tylko niedodmy, ale także zrostów opłucnowych. Pozaciąganie występuje przeważnie przy raku płata górnego, jednak podobne zmiany dają gruźlica i przewlekłe stany zapalne. Postęp znaczny w rozpoznawaniu guzów wewnątrzoskrzelowych stanowi bronchografia. Odgrywa ona rolę przy nowotworach usadowionych w głównym oskrzelu, nie daje pewnego wyniku przy nowotworach wychodzących z bardzo małych oskrzeli. Bardzo charakterystyczne obrazy bronchograficzne dają nowotwory głównych pni oskrzeli.

Po wypełnieniu substancją kontrastową, mamy przed zwężeniem objawy zastoju. O charakterze zwężenia mówią kształt i ostrość jego konturów (ubytki wypełnienia w jego ścianach). Objawy te stwierdza się przy znacznego stopnia zwężeniu światła oskrzela, natomiast płaskie nacieki, zajmujące małą cząstkę obwodu muszą ujść badaniu rentgenowskiemu po wypełnieniu oskrzela substancją kontrastową. Bronchografia ma również znaczenie przy raku płatowym, wykazując cechę charakterystyczną: zastój w oskrzelu i niewypełnianie się odpowiedniego płata. Bronchoskopia wykrywa trudno wykazalne przez bronchografię płaskie nacieki w błonie śluzowej oskrzela, pozwalając na wycięcie próbnego skrawka. W tych razach, gdy obok guza w oskrzelu znajdują się zmiany zapalne w postaci obrzęku błony śluzowej, dojście do guza jest niemożliwe, stwierdza się wtedy jedynie objawy zwężenia oskrzela, bez możności określenia, czy przyczyną jego jest proces w świetle oskrzela, czy też na zewnątrz.

Co do bezpieczeństwa dla chorego zabiegu, jako też nieprzyjemności i trudności samej techniki, nie ma różnicy między obu metodami, które nie mogą się zastępować, lecz jedynie uzupełniają się nawzajem.

Próbne naświetlanie promieniami Roentgena stanowi jedną z metod, służących do różniczkowego rozpoznania spraw toczących się w płucu (L e n k). Zarówno rak oskrzela, jak i jego przerzuty gruczołowe należą do spraw bardzo opornych na naświetlania rentgenowskie, co jest cechą charakterystyczną, służącą nawet do różniczkowego rozpoznania. Naświetlanie raka oskrzela może prowadzić zarówno do zmniejszania się cienia, jak i jego powiększania się.

Do zmniejszania się cienia przychodzi zarówno przy cofaniu się stanu zapalnego w płucu, jak i przy przyśpieszeniu zmian wstecznych (rozpadu guza) w nowotworze oskrzela, przez co staje się ono drożne, a niedodma towarzysząca cofa się.

Zwiększanie się cienia po naświetlaniu może być następstwem niedodmy (wtedy przebiega bez gorączki), stanu zapalnego (przebiega z gorączką), lub też tylko wynikiem uszkodzenia naczyń krwionośnych w postaci przekrwienia i obrzęku. Przy zwężeniu światła oskrzela przez odczynowy obrzęk wytwarza się lub zwiększa niedodma, lub też dołącza się stan zapalny, co powoduje zwiększanie się cienia wywołanego w Roentgenie. Z tego widać, że naświetlanie rentgenowskie może prowadzić przy raku oskrzela zarówno do cofnięcia się niedodmy i zapalenia płuc, jak również przyczyniać się do ich wzrostu.

Z objawów ogólnych, wcześnie występujących po naświetlaniu płuc, należy wymienić ciepłotę. Zachowanie się jej z uwzględnieniem zachowania się rozmiarów cienia po próbnym naświetlaniu dostarczają wielu wskazówek rozpoznawczych.

Podniesienie się ciepłoty bez zmian wielkości cienia, przemawia za sprawą gruźliczą, a przy wątpliwym rozpoznaniu pomiędzy rakiem płuca a gruźlicą, brak podwyżki ciepłoty przemawia za rakiem.

Zmniejszanie się lub znikanie powiększonych gruczołów po naświetlaniu przemawia za pierwotnym guzem śródpiersia (mięsak), gdyż przerzuty rakowe do gruczołów nie cofają się. Przy równoczesnych zmianach w płucu i śródpiersiu, cofanie się albo znikanie cienia przemawia za pierwotnym guzem śródpiersia, a stan bez zmian albo nawet powiększanie się cienia za rakiem oskrzela. Po naświetlaniu zmniejszą się także w płucu cień wywołany przez mięsaka, przy czym występuje podwyższenie ciepłoty.

Różnicowanie pomiędzy guzem dobrotliwym albo cystą a guzem złośliwym jest bardzo trudne, gdyż obie sprawy nie dają po naświetlaniu ani zmiany cienia, ani też podwyższenie ciepłoty. W tych razach prowadzi do celu uwzględnienie także innych, czasem niecharakterystycznych objawów.

Z innych badań dodatkowych wymienić należy badanie krwi, odczyn Biernackiego oraz odczyny serologiczne. Krew wykazuje niedokrewność mniejszego lub większego stopnia, a ilość ciałek białych może być prawidłowa lub też znacznie zwiększona, najczęściej jako wyraz dołączającego się zapalenia, eozynofilia nawet znacznego stopnia może zdarzyć się także przy raku płuc. Odczyny serologiczne zarówno dawniej stosowane, jak i ostatnio zalecane, nie przyczyniają się do usunięcia trudności rozpoznawczych. Opadanie krwinek (Odczyn Biernackiego) jest przy nowotworach płuc znacznie przyspieszone.

Rozpoznanie raka płuc opierać się powinno nie tylko na wywiadach i badaniu przedmiotowym, lecz także na badaniu rentgenowskim (prześwietlenie, zdjęcie, bronchografia), a nawet i bronchoskopii, przy czym pamiętać należy, że nie ma objawu ściśle patognomicznego dla raka płuc. Za najbardziej charakterystyczne objawy uważa się stwierdzenie zmian w płucu z przerzutami do śródpiersia, a wykazane jeszcze przy tym zwężenia oskrzela nadają rozpoznaniu cech pewności.

Rozpoznanie różniczkowe: różnorodność postaci, pod jakimi może występować rak płuca oraz skłonność do przerzutów śródpiersia i odległych nawet narządów są przyczyną mylnych rozpoznań.

Schorzenia pierwotne i wtórne śródpiersia wysuwają się na plan pierwszy przy różnicowaniu z rakiem oskrzela. Wśród schorzeń śródpiersia wymienić należy: pierwotne guzy śródpiersia, jak ziarnica limfatyczna, mięsak limfatyczny, białaczka, przerzuty do gruczołów spoza płuc, tętniak tętnicy głównej oraz rak przełyku.

Mięsak limfatyczny śródpiersia występuje u osobników młodszych, zajmuje śródpiersie po obu stronach jednakowo, wyjątkowo tylko jedna strona jest zajęta, bardzo wrażliwy na naświetlania. Przy kombinacji objawów śródpiersiowych i płucnych, szybkie cofanie się zmian po naświetlaniu przemawia za mięsakiem limfatycznym lub za ziarnicą limfatyczną.

Ziarnica limfatyczna, ograniczająca się tylko do śródpiersia jest postacią rzadką, podobieństwo do raka oskrzela jest znaczne, gdyż prowadzić może również do zwężeń oskrzela; wrażliwa jest na naświetlanie, a okresowe występowanie ciepłoty, świąd skóry, dodatnia reakcja dwuazowa i zmiany we krwi przemawiają przeciw sprawie nowotworowej.

Białaczkę łatwo wykluczyć przez badanie krwi, a w obrazie rentgenowskim brak agresywności w stosunku do otoczenia.

Tętniak tętnicy głównej, wywierając ucisk na narządy śródpiersia, może zupełnie nie dawać objawów przysłuchowych. Stłumienie ogranicza się do okolicy rękojeści mostka, tętno może się wybitnie opóźniać (po stronie lewej), a serce jest przemieszczone na stronę lewą.

Przy badaniu rentgenowskim można wykazać tętnienie guza na wszystkie strony jednakowe. Guz nowotworowy jeśli tętni, to tylko w jednym kierunku tętnieniem udzielonym. Brak tętnienia nie wyklucza tętniaka (złogi wapienne w ścianie tętniaka lub wypełnienie skrzepami).

Konfiguracja serca aortalna, pozostała część tętnicy głównej rozszerzona, dodatni odczyn Wassermanna przemawiają za kiłą, nie usuwają jednak możliwości dołączenia się do kiły raka płuc. Rak oskrzela z przerzutami do tylnego śródpiersia może dawać objawy ze strony przełyku.

Pierwotny rak przełyku wyjątkowo tylko daje przerzuty do śródpiersia, gdyż wcześniej już doprowadza do wyniszczenia i śmierci.

Gruźlica gruczołów śródpiersia i okołooskrzelowych naśladować może raka oskrzela z przerzutami. Wiek chorych młodszy, inny przebieg kliniczny, brak w Roentgenie cech złośliwości (wyjątkowe przebijanie gruczołów do płuca z wytwarzaniem nacieku zapalnego), stwierdzenie zmian gruźliczych w innym także miejscu oraz silna reakcja gorączkowa pozwalają na nieprzyjęcie raka płuc.

Przy raku płuca, występującym pod postacią płatową lub ograniczonego guza, musi się uwzględnić przy różniczkowym rozpoznaniu następujące sprawy chorobowe: gruźlica, przewlekające się zapalenie płuc, ropień i zgorzel płuca, kiła, promienica, ziarnica limfatyczna, wysięk opłucnowy, bąblowiec, cysty wrodzone, guzy dobrotliwe i przerzuty nowotwórowe z innych narządów.

Przy raku płatowym rozpoznaje się mylnie najczęściej *gruźlicę płuc;* umiejscowienie gruźlicy w górnych częściach płuc nie pozwala na ostre odgraniczenie od raka górnego płata. Gruźlica jednak zajmuje także szczyt i pole podszczytowe, które rak płuca zajmuje dość późno albo też wcale ich nie zajmuje. W plwocinie obecne są prątki, reakcja gorączkowa bardzo silna po naświetlaniu próbnym.

Przy włóknistej postaci gruźlicy, wygojonej, może być normalna ciepłota, nie ma reakcji gorączkowej, a deskowate stłumienie i brak szmerów oddechowych podobne jak przy raku. Objawy pozaciągania i przemieszczenia narządów są jednak tutaj silniejsze, niż przy raku płuca. Wczesny naciek Assmanna daje podobne obrazy do raka guzowatego, nieznaczna wielkość, umiejscowienie w polu podszczytowym, młody wiek chorego, obecność prątków w plwocinie przemawiają za gruźlicą.

Przewlekłe stany zapalne u ludzi starszych, przebiegające z nieznaczną podwyżką ciepłoty, dusznością i krwiopluciem, dające przy badaniu intensywne stłumienie, prowadzić mogą do błędnego rozpoznania. Różne umiejscowienie, tak przywnękowe, jak i zajmujące cały płat, może naśladować rentgenologicznie wszystkie cechy złośliwego nacieku, na naświetlenie jednakże rak jest bardzo wrażliwy i cofa się szybko, bez podwyżki ciepłoty i bez pozostawienia zmian w płucach.

Z innych spraw zapalnych *ropień i zgorzel płuca* dają obraz charakterystyczny tak kliniczny, jak i rentgenologiczny (pomyłka z rakiem płuc możebna). Pamiętać jednak należy, że ropień i zgorzel płuca mogą rozwinąć się w tkance zapalnie zmienionej w pobliżu zmiany nowotworowej tak, że pewne klinicznie i rentgenologicznie rozpoznanie ropnia czy zgorzeli u ludzi starszych nie wyklucza możliwości raka płuc.

Kiła może naśladować raka płuc zwłaszcza wtedy, kiedy zmiany zapalne powodują wytworzenie się zmian włóknistych i zaciągnięć.

Duże znaczenie ma tutaj obserwacja kliniczna (zakażenie kiłowe w wywiadach, zmiany kiłowe w innych narządach, dodatni wynik odczynu Wassermanna, czasem jednak dopiero leczenie przeciwkiłowe pozwala na rozpoznanie kiły płuc).

Zmiany zapalne kiłowe naświetlane Roentgenem nie dają reakcji miejscowej ani ogólnej. Dok. nast.

BIBLIOGRAFIA

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny. T. XIV. Z. 3—4. 1938. Miodoński J.: Przyczynek do techniki rozszerzania zwężeń krtaniowo-tchawiczych przy pomocy drenów gumowych. — Dobrzański A.: Zwężenia krtani i tchawicy. — Dobrzański A.: Obraz kliniczny agranulocytozy lub tzw. angina agranulocytica. — Dylewski B.: Badania nad czynnością narządu statycznego u niewidomych i źle widzących. — Wadoń A.: Plasmocytoma dróg oddechowych. Przyczynek kazuistyczny do spraw rozrostowych komórek plazmatycznych. — Lewenfisz H.: Sposób tamowania gwałtownych krwotoków z tylnej części przegrody nosowej. — Zakrzewski A.: Technika lipiodografii oskrzeli. — Iwaszkiewicz J.: Skleroterapia nieżytów nosa w szczególności ich form naczyniowych i naczynioworuchowych. — Wadoń A.: Uszne powikłania zapalne części miękkich podstawy czaszki, szyi i karku. — Dobrzański A.: Przyczynek do sposobów operacyjnych zniekształcenia wrodzonego małżowiny usznej. — Iwaszkiewicz J.: Do kazuistyki ropni mózgu pochodzenia usznego. — Radzymiński A.: O leczeniu ostrego nieżytu nosa Adrianolem. — Zakrzewski A. i Schreiber A.: O tomografii krtani. — Wolfson M.: Aseptyczna wędrówka ciała obcego (igły do szycia), utkwionego w mięśniach gardła dolnego. — Łączkowska M.: Przypadek afazji sensorycznej wrodzonej. — Hassmann W.: Rzadkie przypadki pierwotnego mięsaka tchawicy i pierwotnego mięsaka pozagardłowego. — Kompf H.: Przypadek pierwotnego zapalenia szpiku kostnego podstawy czaszki. — Gerwel T.: Do kazuistyki ciał obcych oskrzeli — przypadek trudnej ekstrakcji. — Danielewicz J.: Zastosowanie rurki tracheotomijnej do drenażu w przypadku ropienia szczytu piramidy z ropniem podoponowym. — Maciukiewiczowa W. i Mittendorf-Sawicz S.: Podstawowa przemiana materii przy przerosłych migdałkach. — Laskiewicz A.: W sprawie osteomyelitis petrosquamomastoidea u dzieci. — Laskiewicz A.: W sprawie powikłań septycznych i septicopyemicznych wychodzących z nosa, gardła i jamy ustnej. — Laskiewicz A.: Przyczynek do plastyki krtani i tchawicy sposobem Mangoldta.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna. T. XXIII. Z. 1—2. 1938. Pamiętnik VII Zjazdu Mikrobiologów i Epidemiologów Polskich odbytego we Lwowie 4—7 lipca 1937 r.

Medycyna Praktyczna. Z. 13. 1938. Grzędzielski J. O krwotokach podpajęczynówkowych. — Leński M.: Odżywka tranowa Sana-Sol jako lek tuczący w stanach wychudzenia.

Wiadomości Statystyczne. Z. 22. 1938.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 32. 1938.

Chirurg Polski. Nr 7. 1938. Karpowicz S.: Przypadek przepukliny wiązadła łonowo-pachwinowego (Hernia ligamenti Gimbernati). — Preiss W.: Przyczynek do leczniczej wartości witamin i lipoidów w schorzeniach chirurgicznych. — Binder Z.: O ranach kąsanych i ich leczeniu. — Epsztejn L. i Lewinson J.: Przypadek nerki przemieszczonej odwróconej z naczyniami dodatkowymi. — Rosenfeld J.: Przypadek uwięźnięcia uchyłka Meckela w worku przepuklinowym. — Rzepecki W.: Kilka uwag o technice przetaczania krwi. — Ciszkiewicz H.: W sprawie techniki operacyjnej leczenia zamkniętych złamań wyrostka łokciowego.

Kronika Dentystyczna. Nr 3. 1938.

Medycyna. Nr 15. 1938. Melanowski W. H.: Narząd wzroku a sport. — Szper J., Zeldowicz H. i Ciężar M.: W sprawie cięgotki (priapismus) i jej leczenia. — Kozakiewicz R.: Wartość Antistreptyny w leczeniu rzeżączki cewki moczowej męskiej. — Skwarczewska-Stypułkowska H.: Przypadek pleuro-peritonitis tuberculosa leczony zachowawczo.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 29—30. 1938. Neumark S.: Kiła stawów okresu późnego o ostrym lub podostrym przebiegu. — Hirszfeld L.: Współczesna diagnostyka serobakteriologiczna grupy Sasmonella (durowo-paratyfusowe). — Ratner J. i Szmuszkiewicz M.: Przypadek ciężkiej niedokrewności gruźliczej odrębnego typu. — Biehler M.: Wrażenia z pobytu w niektórych szpitalach oraz w instytucjach opieki nad dzieckiem w Paryżu i w Londynie. — Forcajg M.: W sprawie stosowania proszku jabłkowego w biegunkach durowych i gruźliczych. — Rabinowicz H.: Pojęcie „choroby zawodowej" i stanowisko lekarza w jej rozpoznaniu.

OCENY

Warga zajęcza (Bec-de-lièvre). Postacie kliniczne, chirurgia. VICTOR VEAU przy współpracy J. RÉCAMIER. Wyd. Masson i Ska, Paryż 1938. Str. 326, rycin 1214. Cena: 100 fr. fr.

Autor wymienionej monografii, któremu zawdzięczamy już doskonałą publikację, poświęconą rozszczepowi podniebienia *(Division palatine — Anatomie, chirurgie, phonétique* — wyd. Masson,

1931), zajmuje się kliniką i chirurgią wargi zajęczej, opierając się wyłącznie na własnym materiale i na własnym doświadczeniu. Materiał ten jest olbrzymi, bo obejmuje 1210 przypadków wargi zajęczej. Stąd też uwagi na marginesie tak obfitej kazuistyki mają wielką wartość, popartą całym autorytetem dra Veau, który cieszy się dziś w tej dziedzinie europejskim rozgłosem. Zawdzięcza go własnej technice operacyjnej, która podąża po linii pewnych oryginalnych koncepcyj, dostosowanych do danych embriologicznych, teratologicznych i fonetycznych rozszczepu warg i podniebienia. Całość monografii interesować może tylko chirurga, końcowe jej rozdziały jednak mają duże znaczenie dla położnika, pediatry i lekarza domowego, od którego rodzina żąda często wypowiedzenia się na temat konieczności zabiegu, czasu jego wykonania, rokowania pooperacyjnego itd.

Monografia jest bardzo obficie ilustrowana (1214 rycin na 326 stronic). Autor czyni to celowo, wychodzi bowiem ze słusznego założenia, że opisy techniczne są często trudne do zrozumienia, gdy natomiast ryciny lepiej informują czytelnika pod każdym względem. Jednak do zrozumienia i uwypuklenia niektórych szczegółów, zwłaszcza wielopłaszczyznowych, fotografia zwykła nie wystarcza. Poza tym klisza cynkowa i gorszy gatunek papieru używanego do druku, zacierają niejednokrotnie szereg szczegółów dalszoplanowych, widocznych jeszcze na fotografii. Dlatego autor posługuje się metodą podaną na str. 21: na fotografii wykonuje kreską rysunek, uwzględniający potrzebne szczegóły. Następnie drogą chemiczną usuwa fotografię tak, że zostaje tylko rysunek kreskowy, który dopiero jest przedmiotem reprodukcji. W ten sposób zyskuje się obraz przejrzysty, o wyraźnych szczegółach, mający walory obiektywne, jakie daje fotografia, a równocześnie oszczędza się wiele kosztów, gdyż klisze z rysunku kreskowego są tanie. Autorzy, publikujący prace, w których znajduje się wiele fotografij, potrafią niewątpliwie ocenić wartość techniki stosowanej przez dra Veau.

Warga zajęcza jest wadą stosunkowo częstą, gdyż spotykamy ją mniej więcej raz na tysiąc porodów. Może ona od nieznacznej szczeliny czerwieni warg dochodzić przez stany pośrednie aż do wilczej paszczy. Tym postaciom klinicznym i ich odmianom jest poświęcona pierwsza część monografii nie uwzględniająca zresztą embriologii, gdyż monografia ta ma być przede wszystkim książką praktyczną, służącą klinicyście, który często nie ma czasu wchodzić w cały szereg szczegółów rozwojowych i anatomicznych.

Część druga poświęcona jest chirurgii i składa się z czterech rozdziałów, zajmujących się tą wadą rozwojową w następującym porządku: a) warga zajęcza jednostronna, b) zniekształcenie nozdrzy przy rozszczepie jednostronnym, c) warga zajęcza obustronna, d) wystawanie (proeminencja) *tuberculum medianum.*

Nie sposób tu, ani nie miejsce na dokładne omówienie całego szeregu szczegółów anatomicznych i fizjopatologicznych, mających pierwszorzędne znaczenie dla chirurga. Potrafi je ocenić tylko ten, kto miał większy materiał tego rodzaju i kto osobiście przekonał się, że częstokroć metody, podawane w podręcznikach chirurgii, przedstawiają się bardzo pięknie, ale tylko na schematach.

Sprawa wyników dalszych, których się w ogóle w podręcznikach nie porusza, znalazła w tej monografii należyte uwzględnienie. Dana metoda dopiero w świetle tych wyników zyskuje pełne prawo obywatelstwa lub je traci. W związku z tym warto wspomnieć o pewnym szczególe, podanym przez autora, że znana operacja Miraulta została opublikowana już w 3 tygodnie po jej wykonaniu.

Chirurg operujący rozszczep u małego dziecka na szczupłej przestrzeni nieraz jednego centymetra, musi mieć inne nastawienie, jak powiada Veau, aniżeli wtedy, gdy przystępuje do odjęcia gruczołu piersiowego, wycięcia macicy itd.

Do najważniejszych szczegółów techniki operacyjnej, które odróżniają sposób Veau od innych metod, należy zupełne usunięcie śluzówki na wewnętrznym brzegu rozszczepu *(berge)*, z zachowaniem śluzówki brzegu zewnętrznego, restytucja mięśniówki przy pomocy szwu, która wyłącznie nadaje górnej wardze charakterystyczną grubość i wystawanie, wreszcie jak największe oszczędzanie skóry.

Wargę zajęczą operuje Veau pod koniec pierwszego miesiąca. Zaznaczę tutaj, że chirurgowie amerykańscy operują rozszczepy w pierwszych dniach po urodzeniu i ja również jestem zwolennikiem tego terminu. Veau przed zabiegiem trzyma dziecko przynajmniej dwa dni w obserwacji szpitalnej, nigdy też, jak to się często w praktyce zdarza, nie odsyła dziecka do domu zaraz po zabiegu. Jest rzeczą wskazaną, by dziecko po zabiegu żywiło się piersią. Specjalną uwagę należy zwrócić na dzieci otyłe, u nich bowiem, jak uczy doświadczenie, łatwo przychodzi do powikłań.

Veau operuje dzieci w narkozie chloroformowej. Używa on przy zabiegu pozycji Rosego. Bliższe szczegóły techniki operacyjnej zostały podane przez autora również w piśmiennictwie niemieckim *(Grundsätzliche Richtlinien für Hasenschartenoperationen — Der Chirurg*, Nr 1, 1936).

Zniekształceniu nozdrzy przy zupełnym rozszczepie wargi poświęca Veau osobny rozdział. Wiemy z doświadczenia, że zniekształcenie takie utrzymuje się po operacji nawet najstaranniej przeprowadzonej, zostawiając stygmat na całe życie. Autor specjalnie starał się rozwiązać to zagadnienie, przyznaje jednak, że mu się to dotychczas nie udało. Jako metodę podstawową dla własnej techniki operacyjnej przyjmuje autor operację Jalaguier'a.

Przy wardze zajęczej obustronnej niezupełnej trzeba pamiętać o tym, że pole operacyjne, na którym pracujemy, znajduje się w rozwoju. Zadaniem naszym jest więc stworzyć operacyjnie takie warunki, aby zaburzona wskutek rozszczepu równowaga dynamiczna odzyskała normalne warunki dalszej ewolucji.

Najwięcej nowych koncepcyj wnosi autor przy omawianiu wargi zajęczej obustronnej zupełnej. Jest to trudny dział chirurgii nie dlatego, by wymagał specjalnej techniki, lecz z tej prostej przyczyny, że, jak powiada autor, „trzeba wiedzieć, jak operować". Chirurg, któremu brak specjalnego doświadczenia w tym materiale, uważa za swe wyłączne zadanie pokrycie rozszczepu, niszcząc po drodze to, co mu stoi na przeszkodzie, a przeszkodą tą jest wystająca kość międzyszczękowa *(os intermaxillare)*. Wyniki oddalone operacji przy tego rodzaju stanowisku chirurga, to ciężkie zniekształcenia anatomiczne twarzy i szczęki górnej na całe życie, albowiem kość międzyszczękowa jest koniecznym elementem w morfologicznym rozwoju twarzy. Zadanie chirurga nie polega w tym wypadku na uzyskaniu natychmiastowego wyniku plastycznego, ale na przegrupowaniu sił morfogenicznych, rozkojarzonych przez *vitium primae formationis.* Błędy popełniane najczęściej w tym wypadku są następujące: 1) zupełne wycięcie *tuberculum medianum,* 2) wykorzystywanie środkowego płata skórnego dla utworzenia przegrody nosowej, 3) wtłoczenie (załamanie) *tuberculum medianum.* Technika operacyjna przy obustronnym zupełnym rozszczepie, podana w podręcznikach chirurgii (Lorenz, Matti, Bardeleben, Blandin), jest niewątpliwie w wyniku końcowym wybitnie mutilacyjną.

Technika operacyjna autora przy zupełnych obustronnych rozszczepach jest dokładnie opisana. Nie mogę tu przytaczać całego szeregu szczegółów technicznych, które i tak bez rysunków nie byłyby zrozumiałe. Technika wymaga zapoznania się z pomysłami autora w oryginale. Veau wykonuje tę operację w dwóch zabiegach z przerwą przynajmniej trzymiesięczną.

Leczenie pooperacyjne, zwłaszcza u niemowląt, musi być bardzo pieczołowite. Autor poleca stosowanie letnich kataplazm gorczycznych bezpośrednio po zabiegu na całą klatkę piersiową dwa razy dziennie. Równocześnie podaje do odbytnicy 50—80 cm^3 glukozy. Jeśli ciepłota podnosi się, stosuje zimne wlewania do odbytnicy. Przy niepokoju dziecka poleca czopki z antipiryną lub gardenalem.

W pierwszym dniu po operacji podaje Veau do 1 litra wody cukrzonej, w dniach następnych dodaje do wody 1/3 do 2/3 mleka. Około piątego dnia stosuje już zwykłe odżywianie. Powrót do odżywiania normalnego uzależnia od ewakuacji krwi przez odbytnicę. Na ranę operacyjną nie nakłada żadnego opatrunku ani też nie stosuje żadnych zasypek odkażających.

Śmiertelność pooperacyjna na 1210 przypadków dotkniętych rozszczepem wynosiła 23 dzieci. Najczęstszą przyczyną śmierci były powikłania płucne (13 przyp.). Na drugim miejscu *„paleur et hyperthermie"* (jednostka chorobowa pooperacyjna podana przez Ombrédanne'a) — w siedmiu przypadkach w ciągu pierwszych 48 godzin po zabiegu. Jeden operowany zmarł na stole operacyjnym, jeden z powodu zwężenia odźwiernika, jeden z przyczyny nieznanej.

Autor poza swoim własnym materiałem miał sposobność widzieć i operować wtórnie 300 przypadków rozszczepów, operowanych już przez innych chirurgów. Uwagi krytyczne, jakie nasuwają się autorowi w związku z tym materiałem, pozwalają nam zorientować się należycie w tym, czego przy operacjach rozszczepów czynić nie wolno pod grozą ciężkiego okaleczenia anatomicznego w wyniku późniejszym.

Cenną monografię dra Veau powinien przestudiować każdy, nawet zaawansowany, chirurg. Największą korzyść z niej odniosą jednak ci, którzy z materiałem rozszczepów mają w większej ilości do czynienia, zdobyli własne doświadczenie i mają własny, wyrobiony już pogląd na to zagadnienie. Znajdą bowiem w tej książce rozwiązanie niektórych zagadnień, pozostające w zgodzie z założeniami anatomicznymi i embriolo-

gicznymi, co stanowi oryginalną i cenną wartość techniki podanej przez autora.

Autor zapowiada opracowanie dalszego tomu, poświęconego embriologii i anatomii rozszczepów, który ma być uzupełnieniem omówionej właśnie monografii klinicznej.

Władysław Dobrzaniecki (Lwów).

Bakteriologia doświadczalna i choroby zakaźne ze szczególnym uwzględnieniem nauki o odporności (Experimentelle Bakteriologie und Infektionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre). VIII wydanie przerobione. W. KOLLE i H. HETSCH. 1938. Urban i Schwarzenberg. Berlin-Wiedeń.

Pierwsze, po śmierci jednego z współautorów, W. Kollego, ukazujące się wydanie ogólnie znanego i cenionego podręcznika uległo silnym przeróbkom, które, zdaniem referenta, nie zwiększają wartości tego dzieła. Dzieło to pojawia się w jednotomowym, a nie jak dotychczas, dwutomowym wydaniu, a oszczędność w objętości uzyskano tą drogą, że skreślono cały prawie tom pierwszy, poświęcony ogólnym zagadnieniom bakteriologii i serologii. Tylko niektóre działy części ogólnej zostały włączone do części systematycznej, omawiającej poszczególne choroby zakaźne. Nie ma więc ani ogólnej morfologii i biologii bakteryj, żadnej próby systematyki bakteryjnej, nie podano ani słowa o składzie i sposobie sporządzenia zwykłych pożywek bakteryjnych, jak agaru i bulionu, ale są bardzo specjalne recepty sporządzenia np. pożywek dla hodowania gruźlicy itp. Dawny obszerny zarys serologii znikł prawie w całości.

Taki jednostronny, zawodowo-lekarski podręcznik, nie dający żadnych przyrodniczych podstaw nauce o bakteriologii, robi dziś już jednak wrażenie przestarzałego.

Podręcznik ten zachował jednak całą swoją ścisłość i spoistość, gdy chodzi o podanie najwyraźniejszych danych dotyczących chorób zakaźnych ludzi, uzupełniony przez H. Schlossbergera najświeższymi wiadomościami z tego zakresu. Znane, znakomite ryciny barwne podnoszą wartość wydawnictwa.

Dołączone w postaci zestawień i skrótów informacje o chorobach zakaźnych zwierzęcych są w niektórych wypadkach zupełnie przestarzałe.

St. Legeżyński (Wilno).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Patologia

Układ siateczkowo-śródbłonkowy i ciało korowozwrotne. M. REISS i I. GOTHE. Endokrinologie. T. 19. Z. 3/4. 1937.

Wielu autorów przypuszcza, że oddziaływanie ustroju na zakażenia, a także na sprawy nowotworowe łączy się z czynnością układu siateczkowo-śródbłonkowego, któremu przypisuje się możliwość oddziaływania hormonalnego. W pracy omawianej postawili sobie więc autorowie zagadnienie, czy dowóz hormonów, a w szczególności hormonu korowozwrotnego przysadki, wpływa na zdolność wychwytywania pewnych ciał z krwi przez układ siateczkowo-śródbłonkowy. Punktem wyjścia dla tych badań była praca poprzednia Reissa, w której udało się wykazać, że po zablokowaniu układu siateczkowo-śródbłonkowego kora nadnercza, nie obniża poziomu cholesteryny we krwi. Doświadczenie obecne z ciałem korowozwrotnym wykonywano na szczurach, którym, celem zablokowania układu siateczkowo-śródbłonkowego wstrzykiwano litiokarmin.

W wyniku doświadczeń stwierdzono, że kilkudniowe podawanie 80—100 jedn. hormonu korowozwrotnego przysadki, wzmaga znacznie zdolność wychwytywania litiokarminu przez układ siateczkowo-śródbłonkowy, co wykazało badanie drobnowidowe. Wniosków ostatecznych z pracy autorowie na razie nie wysnuwają, ograniczają się tylko do podkreślenia związku między hormonami a układem siateczkowo-śródbłonkowym.

I. Pelczarska (Lwów).

Wpływ hipersplenizacji na tworzenie kostniny. A. KOSTIĆ i B. GRADOJEWIĆ. Endokrinologie. T. 19. Z. 3/4, 1937.

W pracy poprzedniej stwierdzili autorowie, że po wycięciu śledziony procesy kostnienia ulegają opóźnieniu. Obecnie badali wpływ hipersplenizacji na możliwe przyspieszenie wytwarzania kostniny.

Doświadczenia przeprowadzili na świnkach morskich, którym wycinano odcinki kości promieniowej długości około 0,3 cm. Zwierzętom podawano wyciąg śledziony (splenoglandol) przez dłuższy okres czasu codziennie i badano rentgenologicznie wypełnianie się ubytku w kości. Okazało się, że wyciągi śledzionowe pozostają bez wpływu na przyspieszenie procesów kostnienia, gdyż u zwierząt kontrolnych odnowa kości wyciętej nie odbywa się wolniej niż u zwierząt otrzymujących Splenosan.

I. Pelczarska (Lwów).

Wpływ hormonu przedniego płata przysadki na czas trwania ciąży. A. SPRENG. Endokrinologie. T. 19. Z. 3/4, 1937.

Praca niniejsza nawiązuje do znanych badań wpływów hormonalnych na czas trwania ciąży. Autor badał działanie hormonu przedniego płata przysadki Antuitrin S na ciężarnych królicach i samicach szczurów, którym w różnych dawkach (80—100 jedn. szczurzych) i w różnych okresach ciąży podawał Antuitrynę.

W wyniku doświadczeń stwierdził, że nie można mówić o stałym przedłużaniu okresu ciąży przez wyciągi przedniego płata, jak to opisują niektórzy autorowie. Oddziaływanie na ten wyciąg jest u różnych osobników indywidualne tak, że można nawet przez podanie Antuitryny wywołać wyniki przeciwne, a więc śmierć jaja płodowego i następowe poronienie. Badanie wpływu wyciągów płata przedniego na ciążę wymaga jeszcze dalszego badania.

I. Pelczarska (Lwów).

Zmiany w narządach pod wpływem hormonu tarczycozwrotnego w świetle badań doświadczalnych na świnkach morskich i szczurach. K. HEINEMANN. Endokrinologie. T. 19. Z. 1/2. 1937.

Badania autora miały na celu wykazanie możliwości zmian w wątrobie i sercu pod wpływem hormonu tarczycozwrotnego przysadki. U ludzi bowiem dostrzegano w chorobie Basedowa zmiany wsteczne w wątrobie. Doświadczalnie nie udało się jednak wywołać u zwierząt tych zmian po podawaniu tyroksyny, stwierdzono tylko, że dijodotyrozyna, która zresztą jest ciałem hamującym w pewnym sensie czynność tarczycy, powoduje utratę glikogenu zapasowego wątroby.

W doświadczeniach autora otrzymywały świnki morskie i szczury hormon tarczycozwrotny kilkakrotnie w zastrzyku dootrzewnowym. U obu rodzajów zwierząt występowały za życia wyraźne objawy nadczynności tarczycy, łącznie z wytrzeszczem oczu. Sekcyjnie stwierdzano w tarczycy zmiany odpowiadające chorobie Basedowa, zaś w sercu, nerkach i wątrobie jedynie wyraźne objawy zastoju w krążeniu. Drobnowidowo w wątrobie glikogenu i tłuszczu nie można było wykazać, jakkolwiek u zwierząt kontrolnych, pozostających na tej samej diecie, znajdowano w komórce wątrobowej i tłuszcz i glikogen. Jak wynika zatem z omawianych doświadczeń, działanie hormonu tarczycozwrotnego wpływa nie tylko na utratę glikogenu z komórki wątrobowej, lecz także hamuje zdolność wątroby do magazynowania glikogenu i tłuszczu z podanych cukrów i tłuszczów. Zmian wstecznych (zwyrodnieniowych) w sercu i wątrobie po hormonie tarczycozwrotnym autor nie stwierdzał.

I. Pelczarska (Lwów).

Wpływ przewlekłego podawania tyroksyny na nadnercza i ciśnienie krwi. F. GERLEI. Endokrinologie. T. 19. Z. 6, 1937.

Królikom podawano podskórnie 1/4—4 mg tyroksyny dziennie, przez okres mniej więcej dwuletni. W wątrobie stwierdzano po zabiciu zwierzęcia małe, częściowo zwłókniałe ogniska martwicze, których powstanie przypisuje autor właśnie działaniu tyroksyny. Przytoczone dane doświadczalne mają, według autora, odpowiadać spotykanym w piśmiennictwie doniesieniom o wykazywanej sekcyjnie marskości wątroby przy chorobie Basedowa. Jako zmianę najbardziej charakterystyczną działania przewlekłego tyroksyny uważa jednak autor nie wyżej opisane ogniska martwicze w wątrobie, lecz stale występujący znaczny przerost nadnerczy. Przerost ten dotyczy przede wszystkim kory, w mniejszym zaś stopniu części rdzennej. Opisany przerost nadnerczy tłumaczy autor zmianami w ciśnieniu krwi, dostrzeganymi za życia u zwierząt doświadczalnych, podkreśla wreszcie, że podobne wahania ciśnienia krwi stwierdza się u ludzi dotkniętych chorobą Basedowa.

I. Pelczarska (Lwów).

Niedocukrzenie krwi, nadkwaśność żołądka a trzustka dodatkowa. E. FANTA. Endokrinologie. T. 19. Z. 1/2, 1937.

Na wstępie podaje autor szereg prac dotyczących związku między poziomem cukru we krwi a czynnością wydzielniczą żołądka. Prace te nawiązują do opisywanego przez autora przypadku kombinacji niedocukrzenia samoistnego i pokarmowego. Chory miał przez czas dłuższy objawy nadkwaśności, ponadto po jedzeniu występowały u niego niekiedy napadowe zawroty głowy, nudności, wymioty, zimne poty, duszność i biegunka.

Później napady podobne występowały nie tylko po jedzeniu ale i w nocy, a wtedy były one połączone z uczuciem silnego głodu. Poziom cukru we krwi stale dość niski, obniżał się w czasie opisanych napadów jeszcze znaczniej. Podanie węglowodanów usuwało wszystkie wymienione objawy niedocukrzenia. W wypadku tym stwierdzono rentgenologicznie znaczne zwężenie dwunastnicy, upoważniające do zabiegu operacyjnego. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono trzustkę dodatkową uciskającą dwunastnicę. Autor tłumaczy rozpoznawane w przytoczonym przypadku niedocukrzenie samoistne czynnością aparatu wysepkowego tej właśnie trzustki, zaś niewątpliwe wstrząsy z niedocukrzenia, występujące po spożyciu pokarmów, uważa za osobną sprawę chorobową. Sprawa ta miałaby powstać skutkiem gorszej regulacji wydzielania insuliny przez układ nerwowy środkowy. Podstawą anatomiczną tego twierdzenia byłaby nieprawidłowa budowa czaszki chorego. *I. Pelczarska* (Lwów).

Badania doświadczalne wpływu hormonu pęcherzykowego na transplantaty macicy. D. ELEFTHERIOU. Endokrinologie. T. 19. Z. 6, 1938.

Doświadczenia wykonywane na świnkach morskich polegały na homoioplastycznym przeszczepianiu macicy z okresu międzyrujowego tym zwierzętom. Jedna grupa zwierząt doświadczalnych otrzymywała po transplantacji hormon pęcherzykowy, a więc folikulinę, menformon, Degewop, w drugiej grupie zwierząt (były to zwierzęta kontrolne) po transplantacji nie podawano hormonu pęcherzykowego.

Po okresie 7—45 dni świnki zabijano i poddawano skrawki przeszczepionej macicy badaniu drobnowidowemu. W wyniku badań stwierdził autor, że przeszczepienia macicy udają się u świnek morskich w ogóle bardzo dobrze, przy czym najlepiej utrzymują się przeszczepy w mięśniach grzbietowych. Sztuczna hiperhormonoza, wywołana doprowadzeniem dużych ilości hormonu pęcherzykowego (150—200 jedn. międzynar.) uszkadza zdolności życiowe transplantatu, a w szczególności nabłonka gruczołowego, powodując zanik gruczołów.

W pracy swej omawia autor ponadto wyniki doświadczeń na zwierzętach, którym po histerektomii przeszczepiano macicę. Zgodnie mianowicie z dawniejszymi danymi z piśmiennictwa stwierdza, że hormony jajnikowe wpływają tak samo na własną, jak na przeszczepioną macicę zwierzęcia.

I. Pelczarska (Lwów).

Wpływ naświetlań zatoki tętnicy szyjnej na ciśnienie tętnicze. F. VAN DOOREN i G. MELLOT. Arch. Mal. Coeur. Nr 2, 1938.

Trudności, na jakie napotyka leczenie nadciśnienia, tłumaczą różnorodność środków leczniczych, których celem jest obniżenie ciśnienia krwi. Ostatnio wprowadzono naświetlanie zatoki tętnicy szyjnej *(sinus caroticus)*, która, jak wiadomo, spełnia doniosłą rolę w regulacji ciśnienia krwi. Autorzy naświetlali zatokę tętnicy szyjnej promieniami Roentgena w przypadkach prawidłowych oraz u osobników z nadciśnieniem. W większości przypadków, szczególnie nadciśnienia, pojawiało się obniżenie zarówno ciśnienia skurczowego, jak i rozkurczowego, zwolnienie częstości tętna oraz rozszerzenie naczyń. To obniżenie ciśnienia znikało jednak w większości przypadków już w 30 min. po naświetlaniu, a tylko w nielicznych utrzymywało się dłużej, przez kilka tygodni. Mimo że naświetlania powodują w większości przypadków tylko przejściową obniżkę ciśnienia, to jednak samopoczucie chorych ulega wybitnej poprawie. Fakt ten stanowi także jeden z powodów, dla których autorzy zalecają naświetlanie *sinus caroticus* w przypadkach nadciśnienia.

H. Weber (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

Zaburzenia czynności mięśnia sercowego. Skurcze frakcjonowane. R. LUTEMBACHER. Ann. de méd. T. 42. Nr 5, 1937.

W daleko posuniętych stanach osłabienia mięśnia sercowego, a także w stanach zapalnych na tle kiłowym, występują skurcze komorowe frakcjonowane, typu podstawa-koniuszek. Autor przedstawia szereg zdjęć EKG, ilustrujących takie skurcze nieprawidłowe, oraz podaje technikę uzyskania tych skurczów na drodze doświadczalnej u żaby zielonej, przez wstrzyknięcie dożylne roztworu chlorku potasu i chlorku baru w stosunku 2:1.

Ponieważ zaburzenia te ulegają znacznemu pogorszeniu pod wpływem naparstnicy, dlatego też pojawienie się takich skurczów wymaga specjalnych wskazań leczniczych.

Z. Webersfeld (Lwów).

O leczniczych doświadczeniach z pochodnymi sulfonamidu (steptazol) przy rzeżączce. MAJER A. Liječnički Viesnik. Nr 2, 1938.

Steptazol, którego skład chemiczny jest ten sam, co prontosilu, stosowano do końca 1937 roku przy leczeniu 37 chorych na rzeżączkę, przy czym w 25 przypadkach wynik był dobry, w 4 wątpliwy, a w 8 przypadkach ujemny. W ostrych przypadkach rzadko spotykano poprawę; lepsze są wyniki w przypadkach podostrych, przewlekłych i powikłanych. W dwóch przypadkach rzeżączkowego zapalenia stawu, wyleczenie nastąpiło po tygodniowym używaniu steptazolu bez podawania innych środków leczniczych. W 75% przypadków gonokoki znikły po 2—10 dniach od początku leczenia, w 3 przypadkach po 13, 17 i 24 dniach. W 2 przypadkach zanotowano nawroty, które po kilku dniach zostały wyleczone. U 5 chorych znaleziono gonokoki po 4—6 tygodniach, pomimo leczenia kombinowanego. Podawano zwykle 3—6 tabletek dziennie łącznie z ogólnie przyjętym leczeniem miejscowym; podanie pozajelitowe steptazolu nie dało lepszych wyników. Nigdy nie zanotowano objawów zatrucia, gdy podawano od 21 do 276 tabletek w ciągu od 7 do 46 dni. Autor poleca dalsze stosowanie tego środka.

Dziulikowska (Lwów).

Kilka uwag o atelektazie po operacji. JOVANOWICZ B. Liječnički Viesnik. Nr 2, 1938.

Według statystyk amerykańskich, niedodma jest najczęstszym powikłaniem płucnym po operacjach. Statystyki zaś francuskie i niemieckie podają na pierwszym miejscu sprawy infekcyjne płuc. Autor na podstawie badań klinicznych i radioskopowych, wykonanych wcześnie po operacji u 400 chorych, potwierdza statystyki amerykańskie. W 30 przypadkach atelektazy pooperacyjnej, autor znajduje, że przejawia się ona w trzech postaciach klinicznych: 1) atelektaza całkowita, bardzo rzadka (3 przypadki), jest łatwa do rozpoznania; 2) atelektaza częściowa, mniej rzadka (7 przypadków), gdzie rozpoznanie jest trudniejsze; 3) najczęstsza postać to atelektaza nieznaczna, której obecność potwierdza tylko terapia. Badania anatomiczne i radioskopowe wykazały, że atelektaza jest powikłaniem płucnym aseptycznym, które przy odpowiednim leczeniu prędko ustępuje. Jednak okres aseptyczny trwa krótko (12 do 24 godzin) po czym następuje infekcja. Według autora, wszystkie infekcyjne powikłania płucne po operacjach powstają na tle atelektazy niezauważonej i nieleczonej. Co się tyczy patogenezy, to według autora, niedrożność oskrzeli nie ma większego znaczenia i jest raczej następstwem, a nie powodem atelektazy. Natomiast ciała białkowe (polypeptydy) odgrywają pierwszorzędną rolę w pewnych przypadkach powstania atelektazy po operacjach. Dowodem są następujące fakty: 1) Po zabiegach chirurgicznych w okolicy żyły wrotnej *(vena portae)* powikłania płucne są bardzo częste, z równoczesnym dużym nagromadzeniem polypeptydów. 2) Po operacjach niepowikłanych zmianami w płucach nie konstatuje się tak dużego nagromadzenia polypeptydów. 3) Łącznie z nadmiarem rozpadowych ciał białkowych daje się stwierdzić za pomocą próby śródskórnej istnienie nietolerancji na polypeptydy i wystąpienie u tychże osób powikłań płucnych po zabiegach chirurgicznych. Jako środki terapeutyczne autor wymienia bronchoaspirację i hiperwentylację. Najskuteczniej działa mieszanka z tlenu i gazu węglowego (carbogen), która powoduje wzmożoną wentylację płuc i tym sposobem zwalcza rozwój zarazków i zatrucie ciałami białkowymi.

Dziulikowska (Lwów).

O możliwościach zmian biologicznych szczepionki B. C. G. w kierunku wzmożonej wirulencji. MILAN PRICA. Medicinski Pregled. Nr 11, 1937.

Autor przeprowadzał doświadczenia na świnkach morskich i królikach ze szczepionką B. C. G. używaną do szczepienia osesków na terenie Jugosławii. Z 20 świnek, którym szczepiono do otrzewnej 1 mg B. C. G., 8, czyli 40% zginęło po 8-miesięcznej obserwacji z powodu postępującej gruźlicy. Z 5 królików, którym stosowano dożylnie 2 mg tejże szczepionki 2 zginęło po 8 tygodniach z powodu gruźlicy.

Następnie 6 świnek morskich zakażono materiałem pochodzącym z narządów świnek poprzednio szczepionych B. C. G.; trzy zginęły na tbc. 2 świnki zakażono materiałem z narządów królika, który otrzymał B. C. G.; jedna z nich zginęła po 8 miesiącach z powodu *tbc. generalisata*, po 3 miesiącach zginęła druga świnka, również z powodu *tbc. generalisata*. Z tych doświadczeń wynika, że szczepionka B. C. G. wszczepiona pozajelitowo zwierzętom doświadczalnym może odzyskać właściwości szczepu jadowitego i to u jednego zwierzęcia, jak i przy przejściu na

drugie zwierzę, np. z królika na świnkę. Przy dalszych szczepieniach autor zaobserwował, że stopień jadowitości B. C. G. jest zależny od odporności szczepionego zwierzęcia. Przy istnieniu jakiegoś zakażenia (*coccidiosis* u królików), szczepionka B. C. G. wykazuje wzmożoną jadowitość. Autor wnioskuje, że B. C. G. nie jest szczepem awirulentnym, lecz biologicznie nieustabilizowaną odmianą tbc. *Dziulikowska* (Lwów).

O przypadku meningitis serosa typu limfo-monocytarnego. TASSOVATZ B. Medicinski Pregled. Nr 12, 1937.

Opisując przypadek surowiczego zapalenia opon u 7-letniego dziecka, autor zwraca uwagę, że schorzenie to występuje w dwóch rozmaitych postaciach klinicznych: 1) objawy są niezbyt wyraźne, hipercytoza nieduża (30—50 ciałek w mm^3 płynu rdzeniowego), 2) objawy o dużym nasileniu, przypominające *meningitis cerebro-spinalis septica;* przy tym płyn rdzeniowy jasny lub z nieznacznym zmętnieniem i zupełnie jałowy, co potwierdza się na hodowlach; hipercytoza duża (150—300 do 450, a nawet do 1500 ciałek w mm^3 płynu); przy czym przewaga limfocytów (60—70%), a monocytów 25 do 30%, czasem nawet 35%. Wysoki odsetek monocytów, brak leukocytów i przewaga limfocytów są to charakterystyczne cechy surowiczego zapalenia opon.

Przebieg choroby wykazuje 3 okresy: pierwszy trwający 2—3 dni, a czasem 8—10 dni, wśród objawów ostrych, nasilających się; drugi, krytyczny, trwający bardzo krótko, przebiegający przy dużym spadku hipercytozy i osłabieniu objawów meningealnych, a także gorączki; trzeci okres ozdrowienia trwa 2—4 tygodni. *Dziulikowska* (Lwów).

Nasze spostrzeżenia dotyczące gośćca u dzieci. LEBAN-KLEMENC ST. Medicinski Pregled. Nr 1, 1938.

Autor od początku wskazuje na częstość gośćca u dzieci, gdyż tworzy on 2,2% wszystkich zachorowań w klinice dziecięcej w Zagrzebiu. Na podstawie prób tuberkulinowych odrzuca autor związek między gośćcem a gruźlicą. Dużą rolę w powstawaniu gośćca odgrywają warunki klimatyczne i pory roku, a także stosunki socjalne, gdyż 91,2% dzieci chorych na gościec pochodziło z rodzin niezamożnych. Według statystyki autora, 30,4% dzieci zachorowało już w pierwszym roku życia, co nie zgadza się z obserwacjami w innych klinikach; 65% dzieci chorych na gościec stanowiły dziewczynki, w 83,8% przypadków pierwotne ognisko infekcyjne znajdowało się w migdałkach. Objawy skórne pochodzenia gośćcowego występowały rzadko; nie zauważono guzków Aschoffa. Powikłania występowały często, z czego w 57% przypadków schorzenia sercowe, w 38,5% *chorea minor* (pląsawica); nawroty zaobserwowano w 16,9%; śmiertelność wynosiła 5,4%.

Dziulikowska (Lwów).

Nasze doświadczenia przy leczeniu krótkimi falami. NEUMAN M. Liječnicki Viesnik. Nr 3, 1938.

Autor otrzymał dobre wyniki przy leczeniu ostrych stanów zapalnych skóry, przy schorzeniach ginekologicznych i gośćcowych i przy bólach pooperacyjnych. Należy dobrze opanować technikę zabiegów, gdyż w przeciwnym razie możliwe są oparzenia jak przy diatermii. Autor sądzi, że z czasem uda się stosować krótkie fale selektywnie, czyli na pewien narząd z ominięciem innych narządów. *Dziulikowska* (Lwów).

Diagnostyczne znaczenie eozynofilii u chorych na dusznicę. SPUŽIĆ W. Medicinski Pregled. Nr 1, 1938.

Autor stwierdza, że ilość ciałek eozynochłonnych we krwi chorych na dusznicę podlega częstym i dużym wahaniom i dlatego tylko kilkakrotne stwierdzenie eozynofilii jest miarodajne. Z 60 przebadanych chorych na dusznicę w 25% liczba ciałek eozynochłonnych była normalna pomimo silnych i często występujących ataków dusznicy; w 75% przypadków stwierdzono eozynofilię, lecz niestale, wahającą się w granicach od 3—22%. Według autora, nie ma związku między eozynofilią, a ciężkością napadów dusznicowych, gdyż może być znaczna eozynofilia przy stałych atakach i na odwrót. Eozynofilia nie daje, zdaniem autora, żadnych wskazań etiologicznych lub patogenicznych, gdyż nie jest zależna od stanów alergicznych lub wagotonii. Wybitna eozynofilia potwierdza istnienie dusznicy, lecz brak eozynofilii nie wyklucza istnienia dusznicy. Natomiast obecność ciałek eozynochłonnych w plwocinie pozwala na niewątpliwe rozpoznanie dusznicy, gdyż objawu tego nie spotykamy przy innych schorzeniach. Jednak brak eozynochłonnych ciałek, tak we krwi, jak i w plwocinie nie wyklucza istnienia dusznicy.

Dziulikowska (Lwów).

Chemioterapia zakażeń paciorkowcowych przy pomocy para-benzylo-aminobenzenosulfamidu. B. A. PETERS i R. V. HAVARD. The Lancet. T. 1. Nr 22. S. 1273, 1937.

Podając Septazinę w błonicy, zmniejszono ilość występujących powikłań chorobowych. Autorom wydaje się, jakoby lek ten wstrzymywał rozszerzenie się sprawy chorobowej w organizmie, a wyniki osiągnięte byłyby może jeszcze lepsze, gdyby leczenie tego rodzaju można było wcześniej zastosować. W leczonych 47 przypadkach powstrzymano postęp choroby już w 24 pierwszych godzinach. W 31 przypadkach przywrócono ciepłotę normalną w 24 godzinach, zaś w 12 przypadkach w ciągu 48 godzin. *W. S. Holobut* (Warszawa).

Próby leczenia padaczki. Połączenie preparatów barbiturowych z Coraminą. GIULIO CIAFOLONI. Rassegna di Studi Psichiatrici. T. 26. Z. 5, 1937.

Zachęcony doniesieniami innych badaczy, autor stosował Coraminę u 45 chorych na padaczkę, u 25 kobiet i 20 mężczyzn. W okresie obserwacji chorzy otrzymywali preparaty barbiturowe, te same zalecenia dietetyczne i higieniczne, a nadto pozajelitowo Coraminę. Szczególnie u chorych z ciężkimi i bardzo częstymi napadami można było zaobserwować znaczną poprawę stanu ogólnego, przy tym ilość napadów i czas trwania wyraźnie zmniejszyły się. W czasie samego napadu stosowano duże dawki Coraminy, mianowicie 3 razy po 1,7 cm^3 dziennie i więcej.

Z 45 chorych tylko 8 nie reagowało zupełnie na Coraminę, a 2 napady ustały, w pozostałych nie tylko stan psychiczny znacznie poprawił się, ale i napady stały się słabsze i rzadsze. Według przypuszczeń autora, dobry wpływ Coraminy u chorych na padaczkę da się wytłumaczyć nie tylko działaniem na serce i ośrodek oddechowy: Coramina zwalnia skurcz naczyń mózgowych, zmniejszając dzięki temu ilość i intensywność napadów. *W. Kurowski* (Warszawa).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia

Leczenie raka szyi macicy za pomocą energii promiennej i elektrokoagulacji. P. LEHMANN i P. MARQUES. Rev. Fr. de Gyn. Nr 11, 1937.

Praca, wygłoszona na VI Kongresie Ginekologów Francuskich w Tuluzie, omawia w bardzo szczegółowy sposób ostatnie zdobycze dotyczące leczenia raka szyi macicy. Opierając się na rozmaitych statystykach, autorzy dochodzą do następujących wniosków: W pierwszym okresie raka wyniki są zarówno dobre po operacji jak i po naświetlaniu. Dlatego też należy naświetlać tylko te przypadki, w których istnieje przeciwwskazanie do operacji. Operować natomiast należy wszystkie raki mało wrażliwe na energię promienną, a w szczególności gruczolako-nabłoniaki oraz raki, w których naświetlanie nie dało pożądanego wyniku; następnie naświetlać należy raki, którym towarzyszą zapalne lub ropne sprawy w przydatkach macicy oraz przypadki, w których z powodu zarośnięcia ujścia macicy lub pochwy założenie radu jest niemożliwe. Leczenie energią świetlną powinno zawsze się zaczynać od naświetlań Rtg.

W II i III okresie rozwoju raka chore powinny być leczone wyłącznie naświetlaniami Rtg. z następowym założeniem radu do macicy.

W IV okresie tylko promieniami Rtg. Chore bardzo wyniszczone, kachektyczne, z gruźlicą, cukrzycą, nie powinny być w ogóle naświetlane. W bardzo ciężkich przypadkach, z licznymi przerzutami można jeszcze myśleć o telerentgenoterapii, jeżeli chore nie są bardzo niedokrwiste.

H. Newlińska (Lwów).

W sprawie współczesnych metod biologicznego i fizykalnego leczenia ran wiotkich (atonicznych), ze szczególnym uwzględnieniem metody własnej. GUZMAN S. Lekarz Wojskowy. T. XXX. Nr 1, 1937.

Autor przedstawia metody gojenia ran atonicznych długo nie poddających się leczeniu. Chorego z taką raną należy przede wszystkim dokładnie zbadać, szczególniej jego układ hormonalny. Mimo że nie znamy wpływu hormonów na gojenie ran, wiemy, że u chorych na cukrzycę rany goją się źle, a doranne zastosowanie insuliny działa dodatnio przez obniżenie glukozy (prz. Red.). Podobnie w stanach hipotyreozy rany goją się wolno, a hormony tarczycy wybitnie wpływają na okres gojenia. Niemały też wpływ na gojenie się ran posiadają wyciągi z części korowej nadnercza, które posiadają duży wpływ na wydzielenie azotu z produktów trujących przemiany białkowej, jak stwierdził autor i inni pracownicy. Również i witaminy, które Muller uważa za źródło hormonów, a Clement nazywa je egzohormo-

nami, odgrywają wybitną rolę w gojeniu się ran. Witamina C zwiększa krzepliwość krwi, uszczelnia naczynia, zwiększa ilość albumin i stosunek albumin do globulin w surowicy, zmniejsza stan zapaleń, przyczyniając się w ten sposób znacznie do gojenia. Witamina B_2 posiada podobny wpływ na gojenie się ran, jak insulina. Tran dzięki zawartym w nim witaminom A i D działa bardzo korzystnie na proces gojenia, a wpływa pobudzająco na tkankę mezenchymalną w całości i na nabłonki. Po omówieniu w zarysie metod leczenia ran atonicznych, przedstawia autor metodę postępowania na oddziale fizjoterapeutycznym w Szpitalu na Czystem, a polegającą na łączeniu kilku czynników fizjatrycznych i biologicznych. Oprócz leczenia nieswoistego i wzmacniającego stosuje autor ostatnio biochemiczny preparat- szczepionkę (hodowla *bac. bulgar. muc.* i *acidophilus* na podłożu mlecznym z dodatkiem cukru) doranmie, przede wszystkim tam, gdzie miał obfitą, gęstą wydzielinę ropną. Stosuje również miejscowe przekrwienie bierne i inne czynniki lecznicze. Przy leczeniu wiotkich ran wrzodziejących, oprócz wysokiego nałożenia opaski elastycznej, która po paru minutach wywołuje odczyn zwany przez Rotstadta „płaczem rany", a polegający na wydzielaniu się z rany płynu surowiczego podobnego do łez, stosuje autor naświetlania promieniami pozafiołkowymi (czynnik fotochemiczny), nagrzewanie lampą Solluxa, lampami żarówkowymi (czynnik termiczny), wytwarzając przekrwienie czynne. Dzięki skombinowaniu tych trzech czynników, wyniki lecznicze są bardzo dobre. Wielkie znaczenie posiada również zastosowanie czynnika kinetycznego, polegającego na elektryzacji prądem przerywanym, by wywołać skurcze mięśni. W końcu pracy przedstawia autor kilkanaście przypadków wyleczonych tym sposobem. *J. Lankosz* (Lwów).

Bóle głowy w chorobach górnego odcinka dróg oddechowych i uszu. SZMURŁO J. Lekarz Wojskowy. T. XXX. Nr 2.

Autor w pracy swojej o bólach głowy uwzględnia tylko te, które powstają w związku z chorobami nosa, jamami bocznymi, jamą nosowo-gardłową oraz chorobami uszu. Po krótkim wstępie historycznym omawia autor liczne teorie powstawania bólów głowy związanych z podrażnieniem nerwu trójdzielnego, jądra tegoż nerwu, dna IV komory, jądra Deitersa w rdzeniu przedłużonym i innych. Następnie omawia stosunki anatomiczne i łączność pomiędzy wnętrzem czaszki, nosa i ucha za pomocą naczyń chłonnych i żylnych oraz nerwów czaszkowych. Nosowe bóle głowy najczęściej zależą od ucisku skrzywionej przegrody na małżowinę dolną lub środkową i ucisku na przebiegającą gałązkę nerwową lub ucisku guzów nosowych, raków, mięsaków, polipów młodzieńczych, zastoju żylnego itp. Bóle zatokowe powstają na tle zapalnych cierpień nosowych, a przyczyną ich są przekrwienia i wysięki surowicze w odpowiednich okolicach opon, zatrucie toksynami, bóle wskutek wessania się powietrza z zamkniętych zatok. Uszne bóle głowy spotykamy najczęściej w początkach ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego pochodzenia grypowego (ustępują po odpływie ropy), przy zapaleniu wyrostka sutkowego, ropniach zewnątrz-oponowych oraz w przypadkach daleko posuniętej otosklerozy. Z kolei omawia autor objawy poszczególnych bólów głowy oraz ich rozpoznanie. Leczenie omawianych bólów głowy może być zachowawcze i operacyjne. Zachowawcze w przypadkach niewielkich obrzmień na śluzówce nosa i na przegrodzie; w ostrych zapaleniach zatok bocznych nosa i w przewlekłych cierpieniach stosuje się rozpylanie środków leczniczych na śluzówkę nosa. Najlepiej takie leczenie przeprowadzić we wziewalniach zdrojowiskowych, ale można je wykonywać i w domu przez wziewanie gorącej pary z dodatkiem mentolu. W zapaleniach przewlekłych zatok stosuje się gorące hipertoniczne wziewania solankowe z następowym zakładaniem gorących tamponów zmoczonych w 10—20% roztworze koloidalnego srebra. Wielkie usługi oddaje metoda wysysania z zatok powietrza i ropy i wprowadzanie do nich preparatów koloidalnego srebra lub bulionu szczepionkowego Besredki. Do leczenia wewnętrznego nadają się dobrze preparaty salicylowe (aspiryna, motopiryna itp.). Leczenie operacyjne polega na usunięciu skrzywień, przerostów, otwarciu zajętych zatok, paracentezie, otwarciu wyrostka sutkowego i innych metodach operacyjnych, jak: Caldwell-Luca, Kiliana, Denkera itp.

J. Lankosz (Lwów).

Wartość rozpoznawcza cystografii w przypadkach łożyska przodującego. K. JABŁOŃSKI, E. MEISELS. Gin. Pol. T. XVII. Z. 1—2.

Metoda autorów amerykańskich rozpoznawania łożyska przodującego za pomocą cystografii polega na spostrzeżeniu, że w prawidłowym położeniu główkowym wobec główki balotującej, odległość dolnego jej zarysu na zdjęciu Rtg. od górnego brzegu cienia pęcherza moczowego wypełnionego płynem kontrastowym wynosi najwyżej 1 cm. Sposób badania: po odprowadzeniu moczu miękkim cewnikiem, napełniamy pęcherz przez ten sam cewnik 40 cm³ płynu kontrastowego (12½% *Natr. jodati* 25% *Natr. brom.* lub inny), zaciskamy lub usuwamy cewnik i wykonujemy zdjęcie Rtg. przednio-tylne w pozycji leżącej z nogami wyprostowanymi. Promień główny skierowujemy na górny brzeg spojenia łonowego.

Autorowie przeprowadzili badania w 16 przypadkach krwawień w różnych okresach II połowy ciąży i 14 przypadkach kontroli i stwierdzili, że wykazanie łożyska przodującego za pomocą badania Rtg. jest w większości przypadków możliwe bez uciekania się do badania wewnętrznego, z którym związane są niebezpieczeństwa zakażenia i spowodowania krwotoku.

M. Segal (Jędrzejów).

W sprawie przebiegu porodu fizjologicznego. A. KWIATKOWSKI, J. SZELHAUS. Gin. Pol. T. XVII. Z. 1—2.

Obserwacja autorów opiera się na 303 przypadkach. Codzienne badanie wysokości dna macicy, kontrola odchodów i karmienia wykazały ścisłą korelację. W tych przypadkach kiedy macica zwija się gorzej karmienie jest mniejsze, a odchody krwawe i surowiczo-krwawe trwają dłużej.

M. Segal (Jędrzejów).

Wpływ diatermii krótkofalowej na skład mleka kobiecego. SZ. KIESEL. Gin. Pol. T. XVII. Z. 1—2.

Wpływ przegrzewania gruczołu piersiowego za pomocą diatermii krótkofalowej w przypadkach braku pokarmów lub małej jego ilości uwydatnia się w dwóch kierunkach: 1) dobowa ilość mleka zwiększa się, 2) procentowa wartość składników stałych i tłuszczu ulega wprawdzie obniżeniu, za to ogólna ilość wydzielanych w ciągu doby składników stałych i tłuszczu znacznie się zwiększa. *M. Segal* (Jędrzejów).

Leczenie zakażeń połogowych wśródżylnym wstrzykiwaniem alkoholu i glukozy. R. HORNO LIRIA. Rev. Fr. de Gyn. Nr 3, 1938.

Autor otrzymywał bardzo dobre wyniki po wśródżylnym podawaniu roztworu alkoholu z glukozą w przypadkach zakażeń połogowych. Sposób podawania był następujący: 2 razy dziennie chora otrzymywała po 10 cm³ 20% roztworu alkoholu etylowego w 10% roztworze hipertonicznym glukozy. W następstwie tego dreszcze ustępowały, występował spadek ciepłoty i poprawa ogólnego stanu. Przeciwwskazaniem do tego sposobu leczenia są schorzenia wątroby i nerek. Do powikłań mogących występować należy zaliczyć: osłabienie czynności serca, powstawanie zakrzepów w miejscu wstrzykiwania, możliwość hemolizy. Autor przytacza szereg obserwacji. *H. Newlińska* (Lwów).

Ciąża przenoszona, czy późne zapłodnienie. J. KREIS. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obstr. Nr 3, 1938.

Autor przytacza szereg argumentów na poparcie swego twierdzenia, że zbyt długi okres ciąży jest zależny od zapłodnienia, które wystąpiło później niż powinno było być według naszych obliczeń (według niektórych autorów, jajeczkowanie może się odbyć nawet między 8—27 dniem międzymiesiączkowym. Dlatego też w przypadkach spóźnionego porodu nie należy mówić o ciąży przenoszonej i nie należy przyspieszać porodu. Natomiast rzadkie przypadki ciąży istotnie przenoszonej, z następowym obumarciem płodu, wymagają specjalnych badań, gdyż nie stoją one w związku ze spóźnionym zapłodnieniem.

H. Newlińska (Lwów).

Przypadek jednostronnej ciąży trąbkowej bliźniaczej monoamniotycznej. S. CHRISTITCH. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obstr. Nr 2, 1938.

Przypadek dotyczy operowanej ciąży pozamacicznej, podczas której stwierdzono jajowód lewy wielkości kurzego jaja, z ujścia jego wydobywającą się krew. Przecięty preparat wykazał utrzymaną monoamniotyczną ciążę bliźniaczą, każdy płód około 2 cm długości. Autor zwraca uwagę na rzadkość spotykanych ciąż bliźniaczych monoamniotycznych oraz na krwawienia jajowodowe, które mogą występować nawet przy utrzymanej ciąży pozamacicznej i które mogą być tak znaczne, że zagrażają życiu kobiety. *H. Newlińska* (Lwów).

Znieczulenie n. sympatycznego miednicowego w położnictwie. J. HENRIET. Rev. Fr. de Gyn. Nr 3, 1938.

Na 183 porody w 85 autor stosował znieczulenie n. sympatycznego miednicowego, w 56 wskazanie było ze strony krocza, w 29 ze strony szyi macicy. Wśród nich było: 4 pierwiastki w wieku od 38—42 lat, 31 pierwiastek o bardzo wąskiej pochwie,

11 wieloródek z bliznami na kroczu po zeszyciu, 10 rodzących u których z powodu nieprawidłowego porodu można było oczekiwać pęknięcia krocza, 5 z niepodatnym ujściem macicy, 15 ze spastycznym skurczem szyi, 8 z obrzękiem szyi, 1 ze starą blizną szyi. Pod wpływem znieczulenia krocze stawało się bardzo podatne, przechodzenie główki było mniej bolesne i znacznie szybsze. Również rozwarcie szyi następowało szybko, gdyż trwało ono około 30—60 min. W ten sposób ilość zabiegów położniczych znacznie się zmniejszyła (nacięć szy 0%, kleszczy 0,5%, pęknięć i nacięć krocza 1,6%). Technika była następująca: po obu stronach na zewnątrz od dużych warg, wkłuwa się igłę wzdłuż ściany pochwy pod kontrolą palca wprowadzonego do pochwy. Na wysokości sklepienia bocznego wstrzykuje się po 20 cm³ 1% roztworu nowokainy bez dodatku adrenaliny. Do chwili obecnej autor wykonał przeszło 100 znieczuleń, żadnych powikłań nie było. *H. Newlińska* (Lwów).

Dane kliniczne i radiologiczne w ropniu płuca u dzieci i osesków. ROBERT DEBRE, JULIEN MARIE, MAURICE LAMY, M. MIGNON, JEAN BERNARD et S. BIDOU. Ann. de méd. T. 42. Nr 5, 1937.

U dzieci i osesków spotykamy często pierwotne ropnie płuc, stanowiące pokaźny procent wśród innych schorzeń narządu oddechowego. Płeć i wiek nie odgrywają tu roli, gdyż spotykano przypadki ropni pierwotnych u osesków w 16 miesiącu życia i u dzieci do 13 roku życia. Te ropnie pierwotne przeważnie są pochodzenia pneumokokowego. Początek jest zawsze nagły. Objawy przysłuchowe bardzo różnorodne. Nierzadko stwierdza się wymioty, a obfite odkrztuszanie plwociny należy do zwykłych objawów. Gorączka jest stała, ale nieregularna, wahająca w granicach od 38—40°. Przebieg ostry, kończący się pomyślnie, nigdy nie przechodzi w stan przewlekły. Rozpoznanie opiera się na badaniu rentgenologicznym, które należy powtórzyć kilkakrotnie w przebiegu choroby.

Na obrazie Rtg. stwierdza się ropień w postaci zaokrąglonego zaciemnienia o brzegach ostrych, bez predylekcyjnego umiejscowienia, które wraz z postępowaniem choroby ustępuje miejsca prawidłowej tkance płucnej.

W rozpoznaniu ropnia pierwotnego, który zwykle ma zejście pomyślne, należy odróżnić zapalenie płuc płatowe, początkowe okresy gruźlicy, ropnie pochodzenia opłucnowego oraz rozstrzenie oskrzeli. Brak powyższych schorzeń upoważnia lekarza do pomyślnego rokowania. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Potworniak ogonowy. Jego praktyczne i naukowe znaczenie. MARTIN BRENNER. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103. Z. 6.

Autor wobec przypadku potworniaka ogonowego wielkości męskiej głowy, opisanego na innym miejscu, zastanawia się nad wszelkimi osobliwościami klinicznymi podczas porodu oraz nad teoriami powstawania tych rzadkich guzów okolicy ogonowej płodów. *J. Lenczowski* (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Różne

Z kraju

Na podstawie zestawień statystycznych Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie, na terenie miasta Lwowa następująco przedstawiała się zachorowalność wśród dzieci ubezpieczonych w czasie od stycznia do lipca br. W tym siedmiomiesięcznym okresie udzielili pediatrzy Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie dzieciom ubezpieczonych 30.584 porad ambulatoryjnych, 9.408 porad domowych, 1.218 dzieci zostało skierowanych do lekarzy specjalistów, ponadto 135 dzieci skierowano do Szpitala. Największa frekwencja w ambulatoriach pediatrów dała się zauważyć w maju i czerwcu. Wzrost ilości porad w tych miesiącach nie polega na wzmożeniu się zachorowalności, gdyż ilość chorych w tych miesiącach jest zwykle znacznie mniejszą niż w miesiącach jesiennych lub zimowych, lecz wynika ze zwiększonej frekwencji u pediatrów dzieci zdrowych, z którymi rodzice zgłaszają się do lekarzy celem kontroli stanu zdrowia, lub dla uzyskania wniosków na wyjazd z ramienia Ubezpieczalni Społecznej. czy też, aby uzyskać wskazówki co do wyjazdu na wywczasy. Świadczy to o wzmożonej akcji zapobiegawczej prowadzonej przez Ubezpieczalnię Społeczną i o zrozumieniu jej wartości i celowości przez ubezpieczonych. W porównaniu z 7 początkowymi miesiącami w r. 1937 ilość porad ambulatoryjnych wzrosła o 4.880. Nie świadczy to jednak o wzroście zachorowalności dzieci w roku bieżącym, a raczej o jej dość znacznym spadku gdyż równocześnie liczba ubezpieczonych wzrosła w porównaniu z rokiem ubiegłym blisko o 10%, a więc w wyższym procencie niż porady lekarskie. Na podstawie doświadczenia pediatrów Ubezpieczalni Społecznej stwierdza się, że zmniejszyła się zachorowalność wśród niemowląt na choroby związane z tym wiekiem, jak: krzywica, nieżyty dróg oddechowych i schorzenia jelit. Stan ten jest wynikiem należycie i celowo prowadzonej akcji opieki nad zdrowymi niemowlętami przez pediatrów i higienistki Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od 29. V. do 25. VI. 1938 roku:

Choroby	Tydzień 23 29/V—4/VI	Tydzień 24 5—11/VI	Tydzień 25 12—18/VI	Tydzień 26 19—25/VI
Ospa	—	—	—	—
Dur brzuszny	149 *11*	131 *13*	132 *9*	164 *8*
Dury rzekome	—	—	—	—
Dur plamisty	97 *3*	67 *4*	44 *2*	59 *3*
Dur powrotny	—	—	—	—
Czerwonka	12 *4*	10 *1*	12	12 *1*
Płonica	319 *2*	239 *5*	260 *3*	286 *8*
Błonica	244 *15*	205 *6*	221 *7*	229 *8*
Nagm. zap. opon m.-rdz.	34 *8*	40 *2*	34 *6*	35 *9*
Odra	780 *13*	576 *8*	523 *3*	360 *5*
Krztusiec	142 *7*	170 *5*	153 *4*	267 *11*
Zimnica	12	21	37	23
Zakażenie połogowe	20 *4*	12 *4*	19 *4*	18 *2*
Choroba Heine-Medina	—	1	—	1
Nagm. zap. mózgu	3 *1*	3	2 *2*	1 *1*
Choroba Banga	3	1	—	—
Trąd	—	—	—	—
Gruźlica	772 *280*	595 *215*	565 *237*	716 *276*
Róża	104 *5*	86 *3*	91 *5*	102 *3*
Jaglica	482	517	603	576
Twardziel	3	—	1	4
Wąglik	1	1	—	—
Nosacizna	—	—	—	—
Włośnica	8 *1*	3	6	—
Wścieklizna	—	*2*	*1*	—

Liczby drukiem pochylonym oznaczają zgony.

Rumunia.

W Rumunii został opracowany program szeroko pojętej akcji profilaktycznej, zmierzającej do stworzenia dla warstwy robotniczej higienicznych warunków życia. Jednym z głównych punktów tego programu jest akcja budowy mieszkań robotniczych, która ma być oparta na bardzo oryginalnych zasadach. Projektowane jest mianowicie utworzenie ubezpieczenia mieszkaniowego, mającego charakter przymusowy i obejmującego ten sam zakres osób, jaki podlega ogólnym ubezpieczeniom społecznym. Fundusze ubezpieczenia mieszkaniowego mają się składać ze składek ubezpieczonych i pracodawców oraz z dopłat funduszu bezrobocia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i skarbu państwa. Składka do ubezpieczenia mieszkaniowego ma wynosić w przybliżeniu czwartą część ogólnej składki ubezpieczeniowej. Fundusze ubezpieczenia mieszkaniowego mają być — poza wydatkami administracyjnymi — zużywane całkowicie na budowę domków robotniczych. Prawo do zamieszkania w takim domku ma przysługiwać ubezpieczonym, którzy osiągnęli 50 rok życia oraz przebyli w ubezpieczeniu nieprzerwanie 30 lat, wpłacając w tym czasie co najmniej 1.500 tygodniowych składek. Poza tym pewna liczba domków ma być przyznawana ubezpieczonym drogą losowania na własność w terminie wcześniejszym. Jak wykazuje obliczenie, ubezpieczenie mieszkaniowe będzie mogło — przy składce wynoszącej 6 lei tygodniowo — wybudować w ciągu 30 lat z górą 118.000 mieszkań robotniczych, co odpowiada 4.000 mieszkań w stosunku rocznym. Projekt ubezpieczenia mieszkaniowego w Rumunii stanowi interesującą próbę zastosowania idei ubezpieczeniowej na zupełnie nowym terenie. (I. S. S.).

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 10.—

za granicą . . . . zł 17.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.